FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

17

A propos de 500 succès thérapeutiques consécutifs en matière de Cancer

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et Pharmacie de Marseille

Le 8 Mars 1962

PAR

FRANÇOIS-DANIEL-JEAN HUGUET
Né le 10 Mars 1930, à Marseille
Interne des Hôpitaux

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

M. le Professeur RECORDIER — *Président*

MM. les Professeurs PAOLI, LAVAL, PAYAN — *Assesseurs*

Imprimerie PUGET
29, Rue Grignan, 29
MARSEILLE
1962

A propos de 500 succès thérapeutiques consécutifs en matière de Cancer

---

Travail du C. A. C. de Marseille

Directeur : M. le Professeur Agrégé PAOLI

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : G. MORIN. *Assesseurs :* J. DELPHAUT et J. LAMY.
Secrétaire principal : P. MOUCHET.
Secrétaire principal honoraire : J. COMTE.
Bibliothécaire : Mlle PERRIN.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs honoraires

MM. AUDIBERT, BREMOND, JOYEUX, MOIROUD, MONGES, ROCHE, CHAUVIN, MATTEI, DE VERNEJOUL.

Professeurs

Anatomie	GRISOLI
Anatomie appliquée et chirurgie expérimentale	HENRY
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Biochimie médicale	LISSITZKY
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique et hydrologie	ARNOUX
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie minérale	MOURGUE
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique de chirurgie thoracique	DOR
Clinique d'endocrinologie	VAGUE
Clinique exotique	BLANC
Clinique des maladies nerveuses	CREMIEUX
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale	AUDIER
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des maladies infectieuses	RAYBAUD
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	APPAIX
Clinique stomatologique	MARONNEAUD
Clinique d'urologie	N...
Histologie	PICARD
Hygiène et Médecine sociale	SAUTET

Matière médicale	BALANSARD
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	LENA
Pathologie interne	MONGES H.
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physiopathologie des voies respiratoires	LAVAL
Physique médicale	DUBOULOZ
Thérapeutique	PIERI

Professeurs sans chaires

MM. ROUX, GREBUS, J. MERCIER.

Maîtres de conférences agrégés

MM. BOURRET
BERNARD P.
DEPIEDS
DESANTI
GAMBARELLI
PASTOR
PAYAN
CORRIOL
CRISTAU
GEVAUDAN

MM. STAHL
ARDISSON
BARRET
COURBIER
GHIGLIONE
MURATORE
RICHELME
TAMALET
VITRY
SWIRN

Agrégés en exercices

MM. SERMENT
CHARPIN
CHAUVIN
DEVIN
MOUREN
ORSINI
BERARD
BONNAL
COMITI
DALMAS
FARNARIER
GERARD
LEGRE
REBOUD
SARLES

MM. SIMONIN
TEMIME
TRIFAUD
BOUDOURESQUE
BREMOND
CARCASSONNE M.
CARCASSONNE Y.
CASANOVA
COIGNET
GASCARD
JEAN
JULIEN
LACHARD
MICHOTEY
MONGIN

Agrégés libres

MM. BERTHIER
FIGARELLA
IMBERT
OLLIVIER

MM. OURGAUD
BERNARD R.
GRANJON
PAOLI

Chargés des fonctions de maître de conférences

Physique	M. TARANGER

A TOUS CEUX QUE J'AIME

il n'est pas de mots...

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547003_0001

A notre Maître le Professeur RECORDIER

Président de Thèse

Professeur de Clinique des Maladies des Voies digestives et de la Nutrition

Médecin des Hôpitaux

Vous nous faites un grand honneur et un très grand plaisir en présidant ce Jury de Thèse.

Votre accueil, votre fidélité et votre simplicité attachent tous ceux qui ont eu le privilège de travailler avec vous.

Votre présidence souriante et paternelle du bureau de l'Internat ajoute encore à la reconnaissance que beaucoup d'entre nous vous doivent.

Acceptez que nous nous attachions à vous, que l'on se réclame de vous.

Nous vous devons remerciements, dévouement, respect.

A Monsieur le Professeur PAOLI

Directeur du Centre Anti-Cancéreux
Professeur Agrégé à la Faculté

Vous avez eu, vous avez encore, votre famille et vous, beaucoup d'indulgence et d'amitié pour moi.

Vous êtes un exemple émouvant de travail inlassable, patient, obstiné.

Votre vaste expérience est pour vos élèves un appui sûr et une sécurité.

Ce travail est le vôtre ; que ses imperfections ne nuisent pas à la confiance que vous m'avez témoignée.

Acceptez une fois que l'on vous remercie.

A Monsieur le Professeur LAVAL

Professeur de Physiopathologie des voies respiratoires
Chef du Service de Pneumologie du C.A.C.

Nous vous sommes reconnaissant de votre accueil toujours aimable et rassurant.

Nous admirons avec quelle intelligence organisée vous faites toute chose.

Vous nous avez appris la ténacité, le goût de l'effort, le refus de capituler devant la maladie.

Acceptez l'assurance de notre dévouement et de notre fidélité.

A Monsieur le Professeur PAYAN

Professeur d'Anatomie pathologique

A la fois Maître et ami, Patron et camarade.

Vous avez forcé mon admiration par votre puissance bénédictine de travail.

En travaillant à vos côtés, on apprend plus que la médecine, plus que l'approche du malade, on apprend à vivre dignement.

Ma gratitude vous est acquise ainsi qu'un affectueux respect.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux :

Messieurs les Professeurs DE VERNEJOUL
PIERI
RECORDIER
OLMER

Monsieur le Docteur BATTESTI

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'externe.

Messieurs les Professeurs OLMER
MATTEI
DE VERNEJOUL
JOUVE
PAOLI
VAGUE
MONGES
GASCARD

Dont j'ai eu l'honneur d'être l'interne.

A tous ceux qui m'ont préparé aux Concours :

Messieurs les Docteurs RUFF
RAMPAL
CARCASSONNE
RAYBAUD
GELLER
SOUTEYRAND
RICHELME
CASTERET
EIMERY

Madame le Docteur JOUVE
Monsieur le Docteur LAVAURS
Monsieur le Docteur R. CLEMENT
Electroradiologistes des Hôpitaux

A MES AMIS

A PROPOS DE 500 SUCCÈS THERAPEUTHIQUES CONSECUTIFS EN MATIERE DE CANCER

En 1941, Willis écrivait dans le *Medical Journal of Australia* sur « 500 nécropsies consécutives en matière de cancer ».

Vingt ans, depuis, se sont écoulés sans que personne ne relève le défi.

Entendons-nous : il ne s'agissait pas d'un défi ; Willis ne jetait pas à notre tête, comme un mauvais génie, 500 cadavres pour nous bafouer, pour nous faire mesurer notre impuissance. Non, il apportait sa pierre à l'édifice.

Si nous parlons de relever le défi, c'est pour frapper l'attention, ce défi venant de la maladie elle-même et non pas de ceux qui passent leur vie à lutter contre elle.

Il nous a paru, il nous paraît encore que pour le public et bon nombre de médecins, cancer = condamnation à mort.

La publication de Willis n'a dû étonner personne, alors que parler de succès en matière de cancer dans les milieux non avertis surprend toujours.

Vingt ans après, l'idée nous est venue d'ajouter une pierre en opposition, de parler de 500 sujets survivants de leurs cancers.

Nous pensons en effet qu'il est temps de crier, et de crier fort, que le cancer se guérit, encore faut-il le savoir et le vouloir.

DÉFINITION ET JUSTIFICATION DU TITRE

Par succès, il faut entendre une survie absolue supérieure ou égale à 5 ans, sans condition de qualité.

Le terme de guérison que l'on admettait, que certains admettent encore, lorsque le cap de 5 ans est passé, est abusif. Nul ne peut affirmer qu'un cancéreux dont la lésion est contrôlée est guéri. Il est malheureusement trop d'exemples où la preuve contraire se manifeste sans souci des délais. D'autre part, le malade peut vivre plus de 5 ans avec sa tumeur, parfois beaucoup plus.

Il faut donc se contenter du terme « survie », aussi péjoratif qu'il soit, ce terme couvrant des états multiples :

— Tumeur contrôlée cliniquement, voire paracliniquement.

— Malade en vie sans contrôle médical.

— Malade suivi : évoluant.
récidivant.
métastasant.

Des sujets dont la tumeur n'est pas guérie, parfois même pas traitée, peuvent vivre au delà de 5 ans. Nous verrons l'exemple du cancer du sein.

Un préalable qu'il faut avoir présent à l'esprit lorsqu'on juge les résultats en matière de cancer :

Tous les malades perdus de vue, et qui sont nombreux, sont considérés comme des échecs. Or il est bien connu en médecine que ce sont les échecs que l'on revoit et pas les guérisons.

Ceci fait que les chiffres avancés sont toujours très pessimistes.

Dans le cas particulier, en plus, il s'agit d'une statistique hospitalière, ce qui est très loin d'améliorer les résultats (il suffit de consulter le tableau des stades à l'arrivée des patients).

Donc le terme de guérison est rejeté, la survie absolue n'est pas une donnée idéale mais à condition de savoir ses limites, elle est plus honnête et très commode.

Elle est la base de tous les travaux actuels.

De toute façon, les guérisons se recruteront dans les survies aboslues.

5 ans. Pourquoi ? C'est très arbitraire mais universellement admis. Ce délai n'a aucune valeur pour certaines tumeurs : sein en particulier, mais pour d'autres, il peut être considéré comme acceptable.

MÉTHODE DE TRAVAIL ET MATÉRIEL D'ÉTUDE

Nous avons eu le privilège de disposer des archives du Centre Anti-Cancéreux de Marseille.

Pour obtenir le recul de 5 ans nécessaire à notre étude, les dossiers ont été étudiés à partir de 1955 et en remontant dans le temps.

Il ne nous a fallu que 4 années pour dépasser ce chiffre de 500.

Méthode

Voici la marche suivie pour réunir notre population de survivants :

— Examen de toutes les observations des consultants et des hospitalisés.

— Rejet de toutes les lésions qui ne sont pas cancéreuses.

— Rejet de toute observation dépassant 5 ans sans contrôle histologique positif.

Dans ce lot retenu, il faut distinguer les malades venant pour la première fois consulter : malades dits de première main. Les distinguer des malades déjà vus et parfois traités ailleurs : malades dits de deuxième main.

Ensuite, il faut opérer le tri :

— des malades décédés avant 5 ans.

— des malades dépassant ce délai.

Pour tous, nous avons cherché :

— le sexe.

— l'âge.

— s'ils étaient vierges de tout traitement.

— la localisation.

— le stade :

— tumoral.

des adénopathies.

— l'histologie :
  — de la tumeur.
  — des A.D.P. quand elles existaient.
— le délai écoulé entre le premier symptôme et le traitement.
— la survie absolue.

Tous les sujets retenus, dont la survie est supérieure à 5 ans, ont une histologie positive.

Tout malade, même étiqueté guéri, dont on est sans ont eu un examen histologique positif.

Nous nous trouvons en présence d'une population spéciale, inattendue, 500 sujets ayant fait les frais d'une tumeur maligne, de son traitement, vivants depuis plusieurs années.

Cette population, quelle est-elle ?

Nous verrons ses origines : population origine ou dite population mère.

Nous verrons ses caractéristiques : population résiduelle ou population fille.

Nous verrons ce qui distingue ces deux populations : étude comparative.

I. - POPULATION ORIGINE

Population mère (tableau 1)

A. — *Etude de la mortalité.*

Origine de 544 cancéreux vivants à 5 ans :

3.932 observations entre le 1er janvier 1951 et le 31 décembre 1955.

2.374 observations retenues pour analyse.

La différence de ces deux chiffres est due aux :

— consultations de dépistage.

— aux malades venant pour avis mais non traités.

— aux malades dont on n'a pas l'histologie de la tumeur.

— aux non cancéreux traités au Centre pour autre chose.

Ces 2.374 observations forment la population mère qui, en 5 ans, va voir ses rangs s'éclaircir, mais de façon très inégale de la 1re à la 5e année.

Les 5 ans révolus, on se trouvera devant 544 sujets ; chaque année (1955, 1954, 1953, 1952) en fournit un contingent à peu près semblable.

Tableau N° 1

ORIGINE DE LA POPULATION FILLE

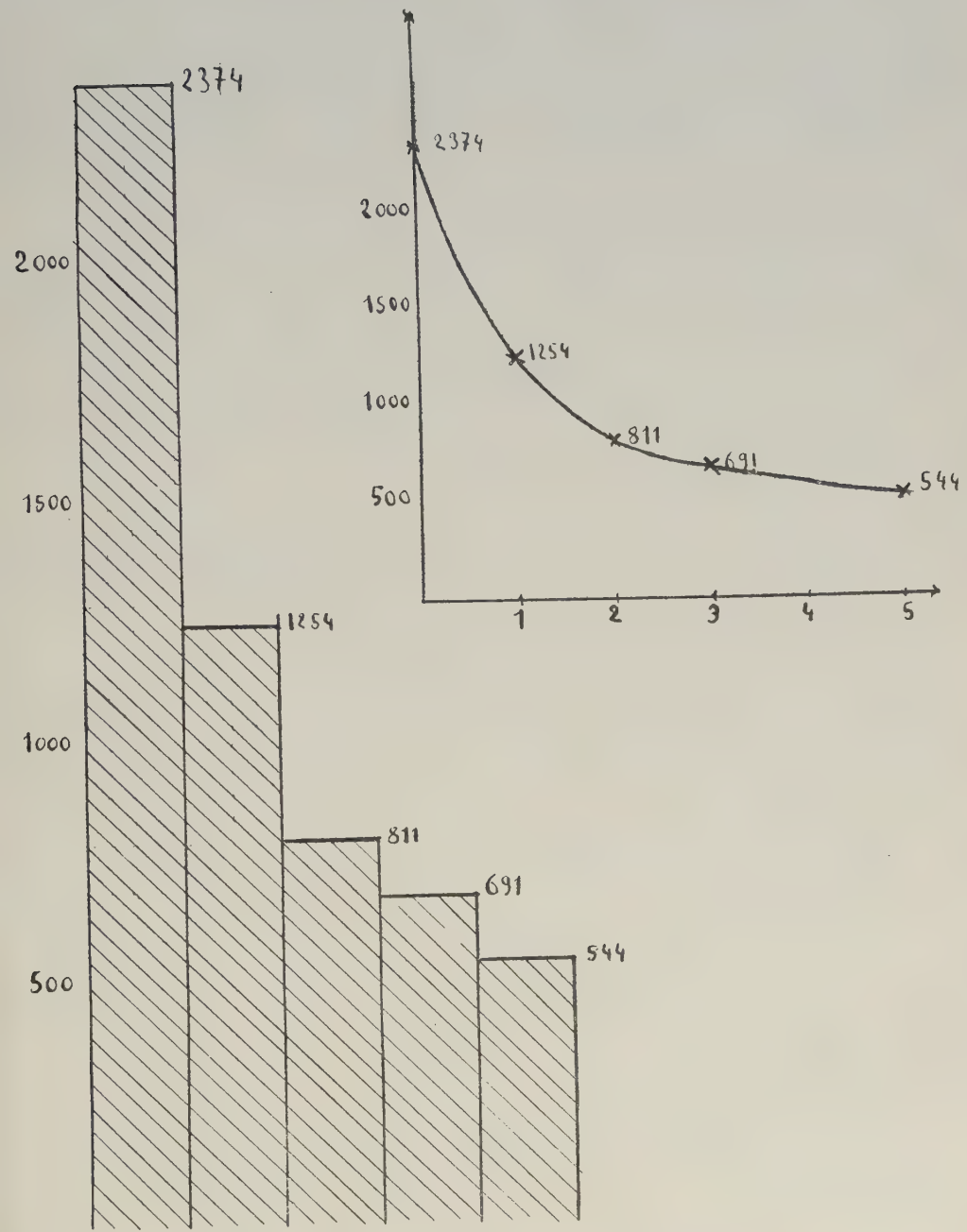
	1952	1953	1954	1955	
Consultants	882	942	1.044	1.064	3.932
Retenus	595	570	586	623	2.374
> 1	325 54,621 %	277 48,596 %	358 61,092 %	294 47,191 %	1.254
> 2	204 34,285 %	188 32,982 %	223 38,054 %	196 31,460 %	811
> 3	173 29,075 %	159 27,894 %	178 30,375 %	181 29,052 %	691
> 5	134 22,521 %	138 24,210 %	133 22,696 %	139 22,311 %	544 22,914 %

N. B. — Nombre de malades envoyés au Centre au-dessus de toute thérapeutique.

	1952	1953	1954	1955	
Retenus	595	570	586	623	2.374
non traité	42 7,058 %	47 8,245 %	30 5,119 %	54 8,667 %	173 7,287 %

COURBE N° 1

Les survivants dans les cinq premières années



Analyse de la courbe de la mortalité :

La pente est très forte au début puis tend à devenir insensible dès la 4e année ; elle décrit une courbe asymptote.

La répartition entre les années de 1 à 5 de la mortalité est la suivante :

2.374 sujets au départ — 544 survivants.

Il y a donc 1.830 décès qui se répartissent comme suit :

1.120 la 1re année, soit 61 %.
443 la 2e année, soit 24 %.
120 la 3e année, soit 6 %.
197 les 4e et 5e années, soit 8 % ; on peut dire 4 % par an.

A quoi correspondent ces 61 % de décès la 1re année ?

L'étude des stades des tumeurs à l'arrivée nous répondra vite (cf. tableau 5). Il y a 59 % de stade 3 et 4.

Si l'on tient compte des tumeurs non classées en stade, pour des raisons expliquées plus loin, groupe formé en particulier par des tumeurs bronchiques, on peut affirmer que la 1re année voit mourir des gens au-dessus de toute thérapeutique, à cause d'un diagnostic trop tardif ou d'un génie évolutif au-dessus de toute curabilité.

Le pourcentage de la mortalité des 4e et 5e années (4%) s'explique par l'âge des malades et ne dépasse pas celui de la mort naturelle.

En annexe à ce tableau n° 1, nous avons relevé les cas se présentant au-dessus de toute thérapeutique, même palliative à court terme ; ceux-ci représentent 7 %.

C'est une preuve supplémentaire du mauvais recrutement ; il doit en être tenu compte dans les résultats finaux, puisqu'au départ il y a déjà 7 % de morts en puissance.

B. — *Décompte des 1re et 2e mains* (tableau 2).

Il nous a paru intéressant d'analyser dans ce recrutement si les malades venant en 2e intention grevaient ou non les résultats.

Cette analyse montre que le pourcentage de 2e main diminue d'année en année dans les survivants, prouvant ainsi une mortalité plus grande.

L'étude plus précise du pourcentage de survie de deuxièmes mains montre pour quelques localisations une survie supérieure à celle des premières mains.

Quelles sont ces localisations ?

147 — hypopharynx :

16 % de survie pour les deuxièmes mains.

3 % ! de survie pour les premières mains.

Dans ce cas, cette différence vient du fait que la grande majorité de ces deuxièmes mains est adressée pour des traitements complémentaires de choix ; le plus souvent pour irradiation de principe après intervention.

154 — rectum :

La même remarque peut être faite pour cette localisation.

178 — testicule :

Il n'y a que des malades de deuxièmes mains. Le malade est toujours adressé après castration, pour radiothérapie.

Tableau N° 2

PARTAGE 1 MAIN - 2 MAIN

	1952			1953			1954			1955					
	Total	1 M	2 M	total	1 M	2 M	total	1 M	2 M	total	1 M	2 M	total	1 M	2 M
Retenus	595	430	165	570	386	184	586	420	166	623	406	217	2.376	1.649	725
	%	72,269	27,731		67,719	32,281		71,672	28,328		65,168	34,832		69,461	30,539
> 1	325	257	68	277	196	81	358	288	70	294	220	74	1.254	961	293
	%	79,077	20,923		70,758	29,242		80,447	19,553		74,830	25,170		76,635	23,365
> 2	204	159	45	188	129	59	229	177	46	196	144	52	811	609	202
	%	77,941	22,059		68,617	31,383		79,372	20,628		73,469	26,531		75,092	24,908
> 3	173	141	31	159	114	45	178	143	35	181	133	48	691	531	160
	%	81,503	18,497		71,698	28,302		80,337	19,663		73,481	26,519		76,845	23,155
> 5	134	107	27	138	97	41	133	103	30	139	98	41	544	405	139
	%	79,851	20,149		70,290	29,710		77,444	22,556		70,504	29,496		74,448	25,552

Toutefois, cette variation n'est pas très importante.

Un peu moins de 1/3 dans la population d'origine (30,50 %).
1/4 dans la population fille (25,5 %).

Cette différence peut paraître faible ; on pouvait logiquement s'attendre à observer une chute beaucoup plus importante des malades vus en 2e intention.

Quelle explication peut-on en donner ?

1° Beaucoup de 2e main sont des sujets venant pour un traitement complémentaire (radiothérapie seconde de tumeurs opérées ailleurs).

2° Les 2e main arrivant justiciables d'un traitement représentent les bons cas, les autres sont morts.

C. — *Composition de la population origine* (tableaux 3 et 3 *bis*, à la dernière page).

1° Les carcinomes *utérins :* 171 arrivent en tête : 14 % de tous les cancers.

Il s'agit du col utérin exo et dans une proportion bien moindre : endocol.

Si l'on ne considère que les femmes, le pourcentage est de 31,8 %, à peu près 1/3 par conséquent ; un cancer sur 3 chez la femme, dans la population du C.A.C., siège au col utérin.

2° Les localisations *cutanées :* 191 sont en 2e position avec 13 %.

Ce chiffre important s'explique en partie par le recrutement du C.A.C. de Marseille qui s'étend à la Corse, et les insulaires, très exposés au soleil, sont des candidats sérieux à l'épithélioma cutané.

Personne n'ignore plus, à l'heure actuelle, l'influence de l'irradiation solaire sur le développement de telles lésions.

3° Les *seins :* 170, soit 10,7 %. Donc un cancer sur 10 est une tumeur mammaire dans cette population à 45 % féminine, si on ne considère qu'elle ; ce pourcentage passe à 23,9 %. La fréquence double ; plus d'un cancer sur 5 chez la femme.

Chez l'homme, le carcinome du sein est rare. Nous l'avons rencontré 4 fois seulement dans notre série, 0.16 % de l'ensemble.

Si l'on additionne chez la femme les utérus et les seins, on trouve que ces deux localisations représentent 55 % de leurs tumeurs et toutes les tumeurs du système génital féminin totalisent 64,359 %, plus des 2/3.

C'est une différenciation qui leur coûte cher.

4° Les néoplasies de la sphère *otorhinolaryngologique* et du poumon sont à l'inverse presque exclusivement masculines.

Tumeur broncho-pulmonaire	(162)	7 %
Tumeur du larynx	(161)	5,7 %
Tumeur de l'oro-pharynx	(145)	5,3 %
Tumeur de l'hypo-pharynx	(147)	4,1 %
Tumeur de la langue	(141)	3,9 %

Au total, en ajoutant les autres cancers O.R.L. de fréquence moindre : nez, cavité nosale, glande salivaire (cas particulier des tumeurs mixtes de la parotide), plancher de bouche, naso-pharynx, on arrive à 21,727 % de tumeurs O.R.L. au total, plus 7 % de pulmonaires = 28 %... 61 % si on ne considère que la population mâle.

Donc les cancers masculins O.R.L. et pulmonaires (28 %),
les cancers génitaux de la femme (30 %),
= 60 % de l'ensemble des cancers.

Nous ne détaillerons pas tout le tableau, qui est assez explicite, mais faisons quelques remarques :

— la faible proportion de localisations digestives est frappante, alors que nous savons que le cancer de l'estomac, entre autre, est le plus fréquent de tous les cancers.

Nous pensons que l'explication est simple : les néoplasies gastriques et digestives en général ne sont pas sorties du domaine de la chirurgie générale.

— de la même façon, toutes les affections sanguines sont plus volontiers l'apanage des services d'hématologie et de ce fait ne sont pas à leur juste place dans notre population.

— au sujet du cancer de la prostate, il peut paraître étonnant que nous n'ayons pas de survivants à 5 ans avec les magnifiques survies obtenues par l'œstrogénothérapie.

Ceci est dû au fait que nous n'avons pratiquement jamais d'histologie, ce qui fait que ces observations ont été rejetées.

II. - POPULATION FILLE

Tableau N° 2

A. — *Etude du pourcentage de survie.*

La population fille est composée de 544 sujets. Résultats de la décantation durant 5 ans de la population dont nous venons d'étudier la composition.

544, soit 22,914 % de cette population origine.

Ceci sans tenir compte :

— des stades,
— des non traités,
— de la localisation ou de l'histologie,
— de la mortalité naturelle.

22,9 % à 5 ans, soit un peu plus de 1/5.

Ce pourcentage est à étudier en fonction du contexte,

1° en éliminant les non traités,

nous obtenons 24,6 % de survie ; et les non traités sont relativement nombreux.

Les traitements palliatifs le sont beaucoup plus ; on peut dire que tout traitement d'un stade 4 est un palliatif à part exception ; si ces cas étaient éliminés, il est évident que les résultats en seraient transformés.

2° en étudiant séparément les 1re et 2e mains :

1re main.....	24,9 %	1/4 de la population mère
2e main.....	19 %	un peu moins de 1/5.

3° en ne considérant que les stades 1 et 2.

Cette étude ne peut porter que sur les 1re main, les autres ne pouvant pas avoir de stade :

51 tumeurs au stade 1.
383 tumeurs au stade 2.
434 au total, seulement dans la population mère.

Considérons les stades 1 et 2 de la population fille (ce qui élimine les 2e main et les stades 3 et 4 guéris) : nous avons 324 sujets, ce qui donne comme pourcentage :

$$\frac{324 \times 100}{434} = 74{,}6\ \%$$

Ce nouveau pourcentage : *74,6 % à 5 ans, est celui que l'on obtiendrait :*

— en améliorant le recrutement (plus de stades 3 et 4) ;

— en ne traitant que des malades en 1re intention.

Ce pourcentage est plus juste que le brut cité en premier, vis-à-vis de l'efficacité de la thérapeutique et du thérapeute ; car on ne peut imputer à ceux-ci les échecs des stades 3 et 4.

4° si on pouvait éliminer du compte, des perdus de vue guéris :

— les morts : décédés d'une affection autre que leur cancer ;

— la mortalité naturelle ;

— les patients vus quelques années mais ne s'astreignant pas à la visite annuelle recommandée et que nous n'avons pas vus aux 5 ans révolus.

Le pourcentage serait encore amélioré.

Tout ceci n'est pas une arithmétique artificielle mais tend à prouver qu'en matière de cancer, les traitements sont efficaces ; les énormes mortalités sont dues au stade tumoral lors de la première consultation.

Quoi qu'il en soit, voici 544 cancéreux vivant à 5 ans.

Quels sont-ils ?

B. — *Composition de la population fille.*

1° 27,9 % d'entre eux étaient porteurs d'un carcinome cutané.

Ce pourcentage a donc considérablement augmenté par rapport à celui de la population origine où il était de 13 %. Il a doublé.

Ceci fait que 48,8 % des tumeurs cutanées sont vivantes à 5 ans après. Ce pourcentage peut paraître faible pour une localisation qui, en dépit des formes graves, jouit d'un excellent pronostic.

En réalité, il ne faut pas s'étonner de ce résultat car ces lésions qui guérissent avec une grande fréquence atteignent des sujets dont l'âge intervient de façon prépondérante.

Sans dire que le cancer cutané est un facteur de longévité, il n'est pas douteux qu'il touche avec prédilection les vieilles gens.

68 % d'entre eux ont plus de 70 ans.

(Thèse de Roustan : « Curiethérapie des cancers cutanés », Marseille, 1956.)

Or l'espérance de vie du Français est de 67 ans pour les hommes, de 73 pour les femmes.

Donc, pour passer le délai de 5 ans exigé, il faut être largement au-dessus de l'espérance de vie du Français, ce qui explique ce pourcentage.

2° 21,875 % représente les utérus, donnant ainsi un taux à 5 ans de 34,4 %.

3° 3 % représentent les lèvres, ce qui représente 58,24 % à 5 ans.

Cette localisation bénéficie à peu près du pronostic des cancers cutanés sur une population plus jeune, ce qui explique l'excellence des résultats.

4° 9,4 % représentent les seins avec un pourcentage à 5 ans de 19,9 %.

Voici une localisation dont les pourcentages sont faciles à retenir :

1/5 des tumeurs chez la femme sont des tumeurs du sein.

1/5 de ces tumeurs sont guéries à 5 ans.

5° 4,5 % représentent les larynx. C'est le dernier groupe de quelque importance de notre population fille, ce qui fait seulement 15,6 % de survie à 5 ans.

Nous soulignons le caractère inhabituel de ce chiffre de guérisons qui est bas.

Le pourcentage de guérisons des autres localisations peut être parfois très supérieur.

Ex. : les tumeurs malignes de l'œil (192) donnent 71,2 % à 5 ans, mais la série comportant 5 guérisons sur 7 malades traités n'a pas de valeur statistique.

C'est pourquoi nous ne commenterons pas le pourcentage sur les séries trop faibles.

C. — *Groupement des tumeurs par spécialité.*

Nous allons grouper par spécialité les différents cancers pour avoir une autre vue de cette population et pour essayer de se rendre compte si les proportions de la population mère sont respectées dans la population fille (tableau 2 *ter*).

Département O.R.L.	population mère	21.727 %
	population fille	14,703 %
Département gynécologique .	population mère	28.954 %
	population fille	34,924 %
Département peau	population mère	17,550 %
	population fille	39,338 %
Département urologie	population mère	2,144 %
	population fille	2,386 %
Département thorax	population mère	7,616 %
	population fille	1,102 %
Divers	population mère	13,495 %
	population fille	7,530 %

Arrivent donc en tête par la fréquence et les bons résultats les tumeurs de l'appareil génital féminin.

Par des résultats encore meilleurs, les localisations cutanées.

A l'opposé, le département thorax, avec une fréquence non négligeable, a des résultats beaucoup plus sombres.

THORAX

162	Poumons	7,159	1,102
163	Poumons	0,294	
164	Médiastin	0,168	
165	Organe thoracique	0	
		7,616	1,102

UROGENITAL

177	Prostate	0,547	
178	Testicule	0,294	0,735
179	Génital - homme	0,378	0,735
180	Rein	0,547	0,367
181	Vessie	0,378	0,549
		2,144	2,386

O. R. L.

		% Pop. Mère	% Pop. Fille
141	Langue	3,914	2,573
142	Glande salivaire	0,336	0,919
143	Plancher bouche	1,599	1,102
144	Cavité buccale	2,483	0,919
145	Oropharynx	5,303	1,654
146	Naropharynx	1,893	0,919
147	Hypopharynx	4,124	0,919
148	Pharynx non spéc.	0,210	0
150	Œsophage	0,968	0,184
160	Nez - cavités	1,010	0,735
161	Larynx	6,734	4,779
		21,727	14,703

GYNECOLOGIE

		% Pop. Mère	% Pop. Fille
170	Sein	10,774	0,558
171	Col utérus	14,309	21,875
172	Corps utérus	1,090	0,919
173	Autres parties utérus	0	0
174	Utérus non spécif.	0,084	0
175	Ovaire - trompe	0,968	0,367
176	Organes génitaux	1,809	2,205
		28,954	34,924

PEAU

		% Pop. Mère	% Pop. Fille
140	Lèvre	4,461	11,397
191	Peau	13,089	27,941
		17,550	39,338

	DIVERS	13,495	7,530

Valeur statistique des pourcentages de guérison (tableau 4) :

Etude due à l'amabilité de M. Carrère, Directeur de l'Institut National de Statistiques et d'Etude Economique de Marseille.

Le problème était de savoir si les pourcentages avancés sur les tableaux avaient une valeur, quelle confiance on pouvait leur accorder.

I. — *Pour les localisations dont le nombre des cas est supérieur à 100.*

L'erreur maximum sur la fréquence observée peut se calculer de la façon suivante, avec une probabilité de 95 % :

e = erreur maximum.

f = pourcentage de guérison = fréquence.

N = nombre de cas au départ.

$$e = 2\sqrt{\frac{f\ (1 - f)}{N}}$$

Exemple. — Lèvre : 140.

$$e = 2\sqrt{\frac{0{,}58\ (1 - 0{,}58)}{106}}$$

$$= 2\sqrt{\frac{0{,}58 \times 0{,}42}{106}}$$

$$= 2\sqrt{\frac{0{,}24}{106}}$$

$$= 2\ \frac{0{,}49}{10{,}3}$$

$$= 0{,}095, \text{ donc } 58{,}49 : \pm\ 9{,}5$$

II. — *Pour les localisations dont le nombre est inférieur à 100.*

L'erreur maximum est calculée d'après les abaques donnant en fonction de f (pourcentage de guérisons) l'intervalle de confiance à 95 %.

Ces abaques ne sont pas utilisables pour les séries inférieures à 5.

On remarquera tout de suite que l'intervalle de confiance varie énormément suivant l'importance de la série.

Exemple

la peau :

191 : pour une série de 311 cas.
Intervalle de confiance 43 à 55 % ± 6 %

l'œil :

192 : pour une série de 7 cas.
Intervalle de confiance 28 à 95 % ± 67 %

les os :

196 : pour une série de 22 cas.
Guérison 1
Intervalle de confiance de 0 à 22 %.

L'intervalle de confiance s'interprète de la façon suivante :

Les deux pourcentages donnés sont les limites supérieure et inférieure entre lesquelles doit se situer le pourcentage exact. Pour reprendre l'exemple de la peau (191).

Notre statistique donne 48,8 % de guérisons.

Sur cette série de 311 cas au début et 152 à 5 ans, le pourcentage 48,8 est exact à 6 % près en plus ou en moins (± 6 %).

48,8 — 6 = 43.
48,8 + 6 = 55.

Intervalle de confiance 43 % à 55 % ± 6 %.

III. - COMPARAISON DES POPULATIONS

Ces deux populations appelées mère et fille pour des raisons de commodité vont faire l'objet d'une étude comparative sur les quelques caractères suivants :

— sexe.
— âge, à l'arrivée (au 1er traitement).
— le délai séparant le 1er symptôme du 1er traitement.
— le stade clinique.
— le stade des adénopathies.

Ces trois derniers critères suivant la nomenclature de l'Institut National d'Hygiène (I.N.H.).

1° **Le sexe** (Tableau n° 5 et graphique.)

Sur un total de 2.352 sujets dont on connaît le sexe, il y a :

1.283 hommes, soit 54,549 %.
1.069 femmes, soit 45,450 %.

Nette prédominance des hommes, par conséquent.

Tableau N° 5

SEXE

POPULATION MERE

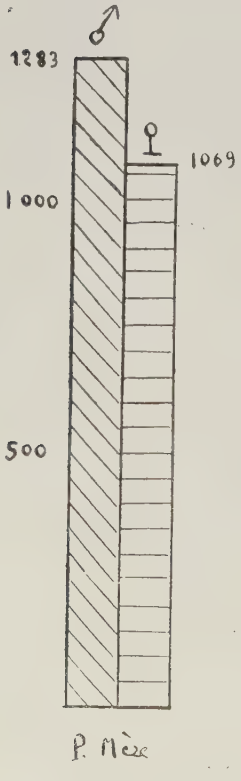
2.352 sexes connus

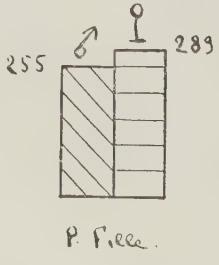
	Cas	%
♂	1.283	54,549
♀	1.069	45,450
	2.352	100

POPULATION FILLE

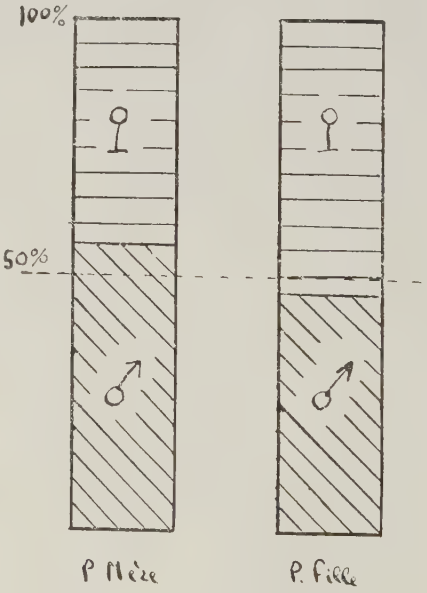
	Cas	%
♂	255	46,875
♀	289	53,125
	544	100

Chiffres absolus





Pourcentage



Sur un total de 544 sujets vivants à 5 ans, cette prédominance s'inverse :

255 hommes, soit 46,875 %.
289 femmes, soit 53,125 %.

Trois explications à cette constatation peuvent être données ; ce ne sont sans doute pas les seules, mais les plus évidentes :

— l'âge moyen de vie des femmes est plus élevé.

— la femme est atteinte de deux cancers, principalement utérus et sein. Nous avons vu que ces deux localisations totalisent 55 % de toutes les tumeurs de la femme.

Or l'utérus a 34,4 % de survie à 5 ans.
le sein a 19,9 % de survie à 5 ans.

Par ailleurs, le reste du système génital féminin a des pourcentages aussi favorables :

les vulves ..... 27,9 % de survie à 5 ans
les corps utérins ..... 20,8 % de survie à 5 ans

— par contre, les cancers O.R.L. et broncho-pulmonaires, qui représentent 75 % des cancers chez l'homme, n'ont pas d'aussi bons résultats.

S'il n'était pas imprudent de conclure, on pourrait dire que le cancer est de meilleur pronostic chez la femme.

2° **L'âge à l'arrivée** (Tableau n° 6 et graphique.)

— Population mère :

4,5 % des sujets ont moins de 40 ans.

A l'autre extrémité de la courbe des âges :

53,6 % ont plus de 60 ans.

Et enfin :

42,05 % ont entre 40 et 60 ans.

Il est remarquable que 4,5 % seulement des sujets aient moins de 40 ans, d'autant que plus de la moitié de ceux-ci se situe entre 30 et 40 ans.

Cela tient en partie au fait que la clientèle infantile échappa au C.A.C. ; nous avons pu le constater à propos du chiffre des affections sanguines.

Il n'en resta pas moins vrai que le cancer n'est pas une affection des jeunes.

Les différents tableaux permettent d'apprécier l'influence des cancers de la peau sur l'âge moyen des cancéreux.

Dans les chiffres ci-dessus avancés, si on enlève les localisations cutanées (77,8 % ont plus de 70 ans), on obtient un léger rajeunissement :

49,6 % ont plus de 60 ans.
45,75 % entre 40 et 60 ans.

N.B. — Parmi les cancers cutanés qui ont moins de 50 ans, nous en avons 9 :

6 nævo-carcinomes,
1 cylindrome,
2 épidermoïdes seulement.

— Population fille :

8,822 % des sujets ont moins de 40 ans.
40,6 % » ont plus de 60 ans.
50,549 % » ont entre 40 et 60 ans.

Sans les cancers cutanés, la différence s'accentue encore :

11,2 % des sujets ont moins de 40 ans.
30,2 % » ont plus de 60 ans.
58,468 % » ont entre 40 et 60 ans.

Au total :

69,736 % des sujets ont moins de 60 ans dans la population fille (peaux exclues).

45,7 % ont moins de 60 ans dans la population mère.

On peut donc dire : le cancer exceptionnel avant 40 ans a son maximum de fréquence entre 50 et 60 ans, à l'exception des cancers cutanés dont le maximum est entre 70 et 80 ans.

Tableau N° 6

AGE ARRIVEE
POPULATION MERE

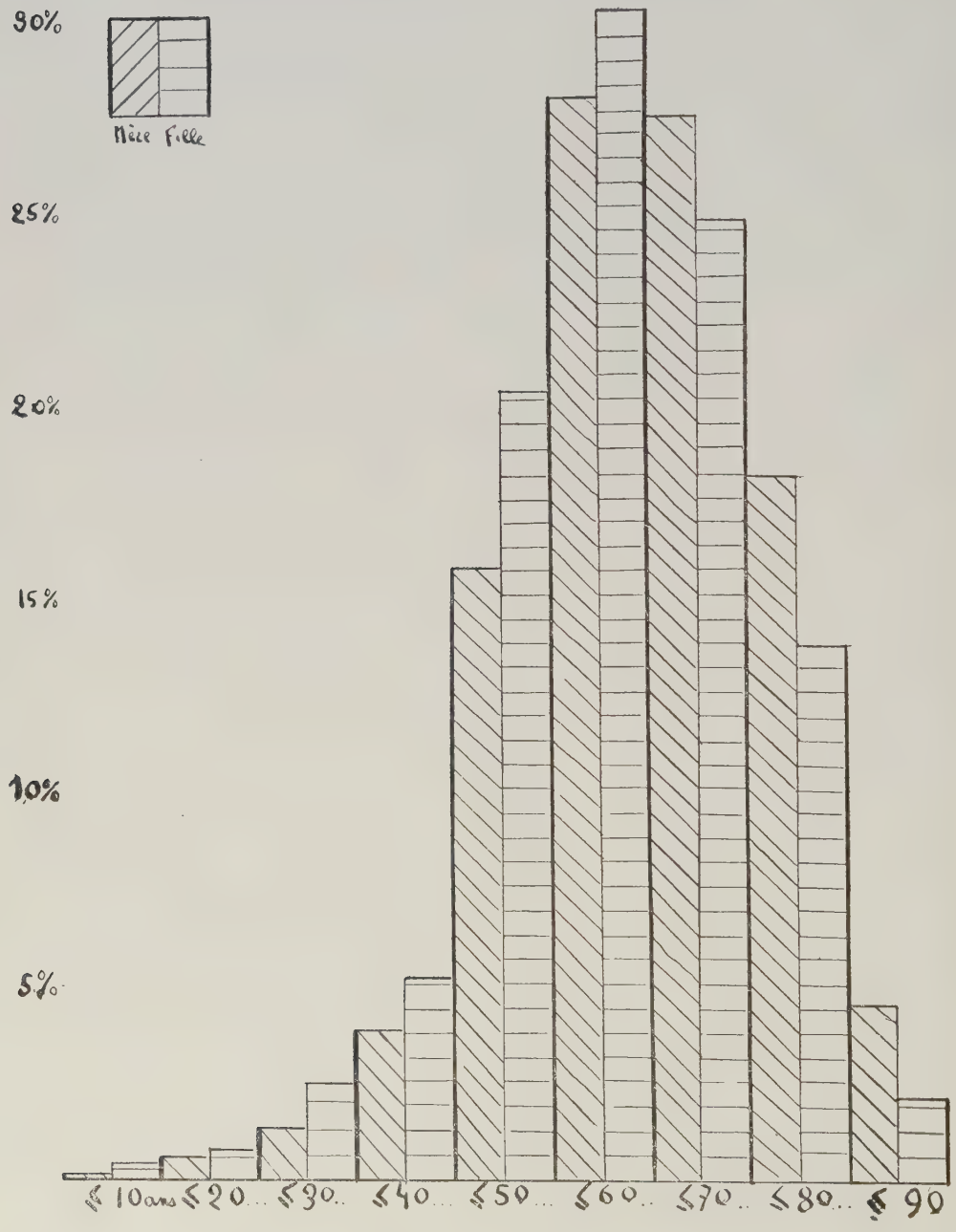
1.241 dossiers de 1re main

Tout mêlé			Peaux seules		sans les peaux	
Années	Cas	%	Cas	%	Cas	%
≦ 10	2	0,16			2	0,18
≦ 20	5	0,40			5	0,44
≦ 30	12	0,96			12	1,06
≦ 40	34	2,73	1	0,90	33	2,92
≦ 50	167	13,45	1	0,90	166	14,69
≦ 60	355	28,60	4	3,60	351	31,06
≦ 70	342	27,55	19	17,17	323	28,58
≦ 80	247	19,90	46	41,44	201	17,78
≦ 90	77	6,20	40	36,03	37	3,27
≦ 100						
	1.241	100	111	100	1.130	100

POPULATION FILLE

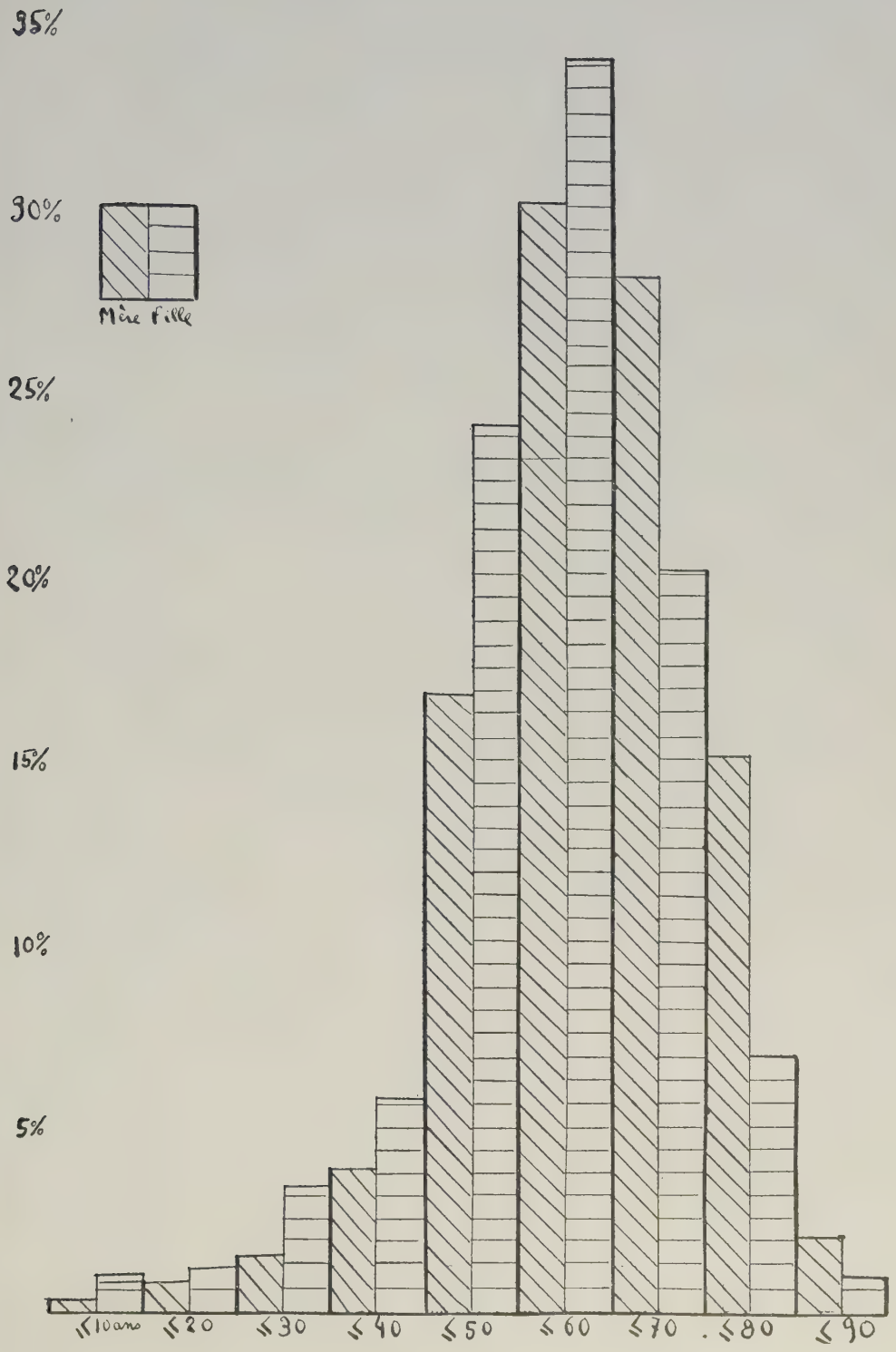
			Peaux seules		sans les peaux	
Années	Cas	%	Cas	%	Cas	%
≦ 10	3	0,55			3	0,76
≦ 20	4	0,73			4	1,02
≦ 30	13	2,38			13	3,33
≦ 40	28	5,14	4	2,597	24	6,15
≦ 50	111	20,40	15	9,740	96	24,61
≦ 60	164	30,14	32	20,779	132	33,84
≦ 70	133	24,44	49	31,818	84	21,53
≦ 80	75	13,78	45	29,220	30	7,69
≦ 90	13	2,38	9	5,844	4	1,02
	544	100	154	100	390	100

L'AGE AU PREMIER TRAITEMENT

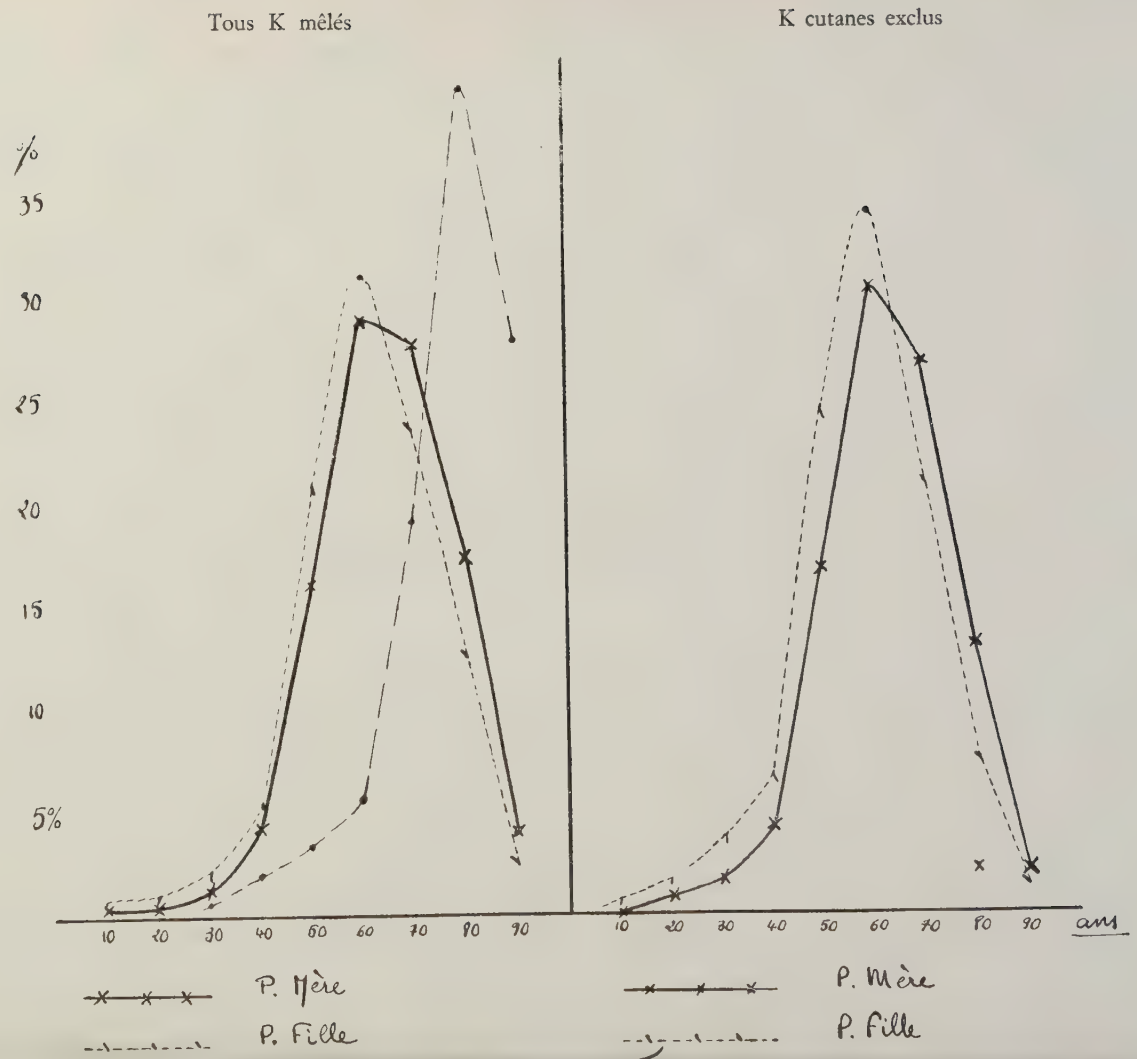


L'AGE AU PREMIER TRAITEMENT

K cutanes exclus



AGE ARRIVÉ


Tous K mêlés
K cutanes exclus
%
35
30
25
20
15
10
5%
10 20 30 40 50 60 70 80 90
10 20 30 40 50 60 70 80 90 ans
P. Mère
P. Fille
P. Mère
P. Fille

Les malades faisant les frais du cancer et de son traitement vivant au delà de 5 ans sont dans l'ensemble plus jeunes : décalage vers l'origine de la courbe des âges de la population fille.

Sur le graphique : avant 60 ans, les colonnes population fille sont toujours plus élevées que celles de la population mère.

Après 60 ans, les colonnes population fille sont toujours plus basses que celles de la population mère.

En guise de conclusion, le pronostic du cancer en général est meilleur avant la soixantaine.

3° Les stades

(Tableau 7.)

L'idée d'essayer de cataloguer les tumeurs en différents stades a fait faire un grand pas à l'étude du pronostic du cancer. Il était, en effet, très difficile de comparer les résultats, alors que la plupart du temps aucun auteur ne parlait de la même chose.

Certains présentant des statistiques du tout-venant ;

D'autres des cas sélectionnés.

C'est ainsi que les chirurgiens et les radiothérapeutes ne s'entendaient jamais, pour une raison simple : c'est que leurs indications s'adressaient à des malades différents, car le plus souvent la radiothérapie a des indications beaucoup plus larges, entre autres les contre-indications chirurgicales.

La notion de stade est la seule qui permette des comparaisons de résultats obtenus par des méthodes différentes s'adressant à des lots de malades les plus homogènes possible.

Le stade d'un cancer comprend plusieurs données.

Nous savons que pour l'I.N.H., ces données sont au nombre de trois :

T = tumeur.
N = adénopathie.
M = métastase.

Elles ne vont pas l'une sans l'autre car on ne peut parler d'un stade 1, 2, 3, 4 qu'en fonction de tous les éléments.

Exemple : Une lésion du bord de la langue, petite excoriation ne dépassant pas dans son infiltration 1 cm, ne peut être considérée stade 1 que si les aires ganglionnaires sont indemnes,

sinon la donnée est fausse, la lésion est au stade 1 mais l'adénopathie volumineuse corrige la fallacieuse première impression de bon cas.

Langue :	T	N	M
	1	c b	0

signifie : petite lésion sur la langue (1).

ganglions envahis (c), envahissement vérifié histologiquement (b).

pas de métastase (0).

Ce n'est pas un stade 1.

Pour que la notion de stade ait toute sa valeur, il ne faut pas se contenter de l'appréciation de la lésion responsable.

Malgré tout, il faut connaître les limites de la méthode si on la veut générale car pour plusieurs localisations la définition du stade est très difficile, sinon impossible.

Le cas du larynx : qui est un stade 3 ou 4 dès qu'il touche le pharynx, si l'on suit la nomenclature des centres anticancéreux.

Cas de l'utérus : qui peut avoir une évolution antérieure limitée atteignant la vessie et qui est, *ipso facto*, stade 4.

C'est ainsi que dans notre série, nous avons 2 utérus : stade 4 vessie guéris.

Ajoutons encore que certaines localisations inaccessibles sans technique complémentaire se plient mal à cette règle.

Le poumon est l'une d'elles. Quand doit-on établir son stade ? Après l'examen clinique ? radioscopique ? bronchoscopique ? tomographique ? après pneumo-médiastin ? ou après thoracotomie exploratrice ?

Il faudra donc savoir dans chaque spécialité comment les stades ont été établis.

Ceux que nous vous présentons ont tous été établis par une équipe homogène, toujours la même, ce qui donne une certaine garantie dans les appréciations.

Nous allons séparer :

— le stade tumoral.

— l'état des adénopathies.

1° Stade tumoral

Tableau N° 7

POPULATION MERE

Stades

1.649 dossiers première main — 522 tumeurs non classées

tout mêlé

	Cas	%
1	51	4,691
2	383	35,234
3	439	40,386
4	214	19,687
	1.087	100

sans les peaux

	Cas	%
1	28	2,886
2	333	34,227
3	403	41,546
4	206	21,237
	970	100

Tableau N° 8

POPULATION MERE

Adénopathies

Tout mêlé

	Cas	%
0	376	43,468
c	445	51,445
d	44	5,729
	865	100

histo

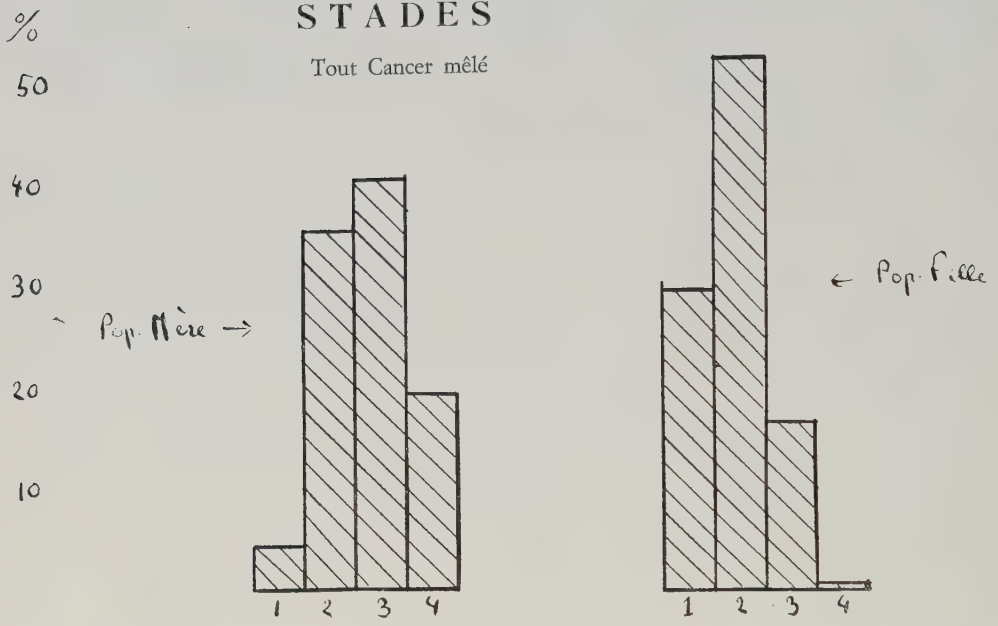
	Cas	%
a	21	24,705
b	64	75,294
	85	100

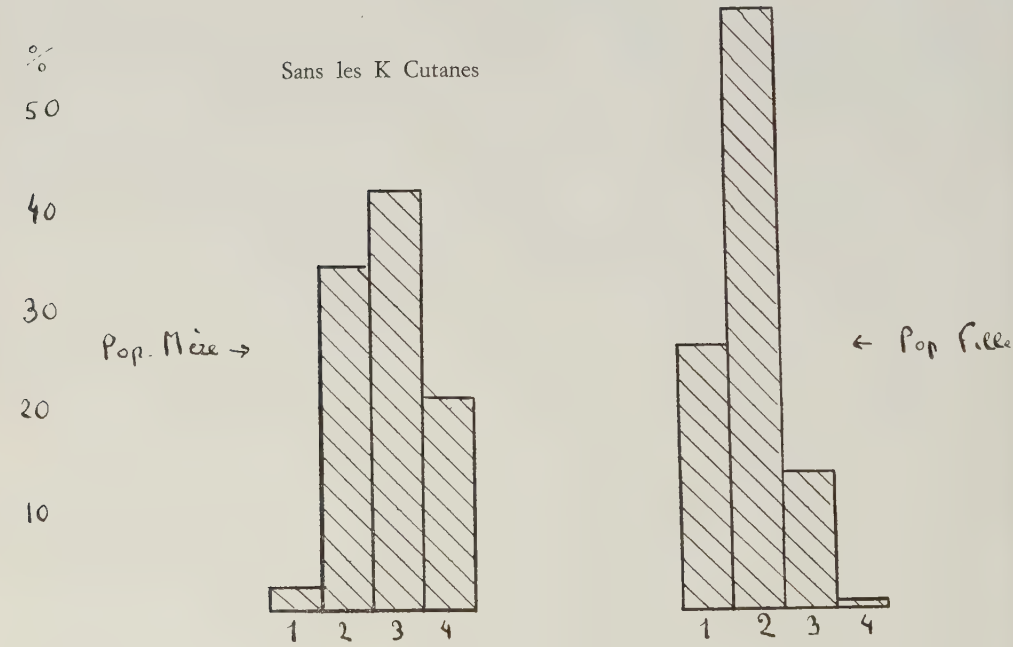
Sans les peaux

	Cas	%
0	296	38,541
c	428	57,729
d	44	5,086
	768	100

Sans les peaux et les utérus

	Cas	%
0	207	31,034
c	416	62,368
d	44	6,596
	667	100


%
STADES
Tout Cancer mêlé
50
40
30
20
10
Pop. Mère →
← Pop. Fille
1 2 3 4
1 2 3 4


%
Sans les K Cutanes
50
40
30
20
10
Pop. Mère →
← Pop Fille
1 2 3 4
1 2 3 4

Il nous a paru souhaitable de faire plusieurs tableaux en enlevant successivement les carcinomes cutanés et utérins.

Les premiers, parce qu'ils ont rarement des adénopathies et, comme on a pu le constater depuis le début, nous essayons de neutraliser ces localisations cutanées pour ne pas encourir le reproche de fausser la statistique avec des néoplasies dont le pronostic n'a rien de commun avec les autres cancers, encore qu'il y ait des formes graves.

Quant aux tumeurs utérines, leurs ganglions ne sont palpables qu'à un stade très tardif. Par souci de ne pas méconnaître l'importance des adénopathies, nous avons donc soustrait dans un tableau ces deux localisations.

— Tout cancer mêlé :

La population mère accuse ..... 51,445 % A.D.P. cliniquement malignes.
La population fille.. 16,194 % » »

Différence très accentuée qui laisse entrevoir le poids de l'état ganglionnaire dans la note pronostique.

— Si on enlève les cancers cutanés et utérins :

le pourcentage d'A.D.P. cliniquement malignes augmente dans les deux populations.

Il représente les 2/3 de la population mère (62,368 %).

Il est inférieur au 1/3 de la population fille.

Cette différence est significative. D'un côté 2/3 de mauvais, de l'autre 2/3 de bons. Il reste une zone mal éclaircie : le tiers commun.

De quoi est-il composé ?

— Pour le tiers non envahi dans la population mère :

A.D.P. infra clinique.

A.D.P. profondes non perceptibles.

Tumeur prédominante.

Tumeur non lymphophile.

— Pour le tiers envahi dans la population fille :

A.D.P. curables.

A.D.P. faussement malignes (inflammatoires par ex.)

On a deux fois plus de chances de guérisons quand les adénopathies ne sont pas envahies.

Tableau N° 7

POPULATION FILLE

Stades

405 dossiers première main — 14 tumeurs non classées

Tout mêlé

	Cas	%
1	117	29,846
2	207	52,806
3	65	16,581
4	3	0,765
	392	100

Sans les peaux

	Cas	%
1	69	26,037
2	157	59,245
3	36	13,585
4	3	1,132
	265	100

Tableau N° 8

POPULATION FILLE

Adénopathies

tout mêlé

	Cas	%
0	239	74,454
c	52	16,199
d	30	9,345
	321	100

histo

	Cas	%
a	42	73,684
b	15	26,315
	57	100

sans peaux

	Cas	%
0	94	53,409
c	52	29,545
d	30	17,045
	178	100

Sans les peaux et les utérus

	Cas	%
0	144	63,716
c	52	23,008
d	30	13,274
	226	100

Dans la population origine, tout cancer mêlé.

59 % des malades arrivent aux stades 3 et 4. Or nous voyons que dans la population fille 16 % seulement étaient des stades 3 et pas 1 % des stades 4.

Nous avons déjà dit ce que nous pensions des stades 3 et 4.

Ce 16 % de stades 3 guéri à 5 ans entre probablement dans la catégorie de ces stades 3 de nomenclature mais pas stades 3 de clinique.

Par contre, les stades 1 totalisent :

4,691 % dans la population mère.

29,486 % de la population fille.

Les stades 2, plus de la moitié de la population fille.

Les stades 1 + 2 = 82,652 %.

Si nous enlevons les cancers de la peau, les pourcentages de la population mère varient peu, à part un léger glissement vers les stades les plus évolués.

Les pourcentages de la population fille voient l'augmentation des stades 2 qui arrivent à 2/3 de tous les stades au détriment des stades 1 et 3.

En clair, les cancers cutanés améliorent les stades dans la population origine et étalent les cas de part et d'autre du stade 2 dans la population fille.

On peut dire que les cancers cutanés se présentent donc à tous les stades.

Cette comparaison enlève tous les doutes sur l'intérêt du traitement des tumeurs dans leur premier stade.

2° **Adénopathies** (Tableau 8.)

Toujours suivant la nomenclature de l'I.N.H. :

0 = pas d'adénopathies cliniques.

c = adénopathies cliniquement malignes.

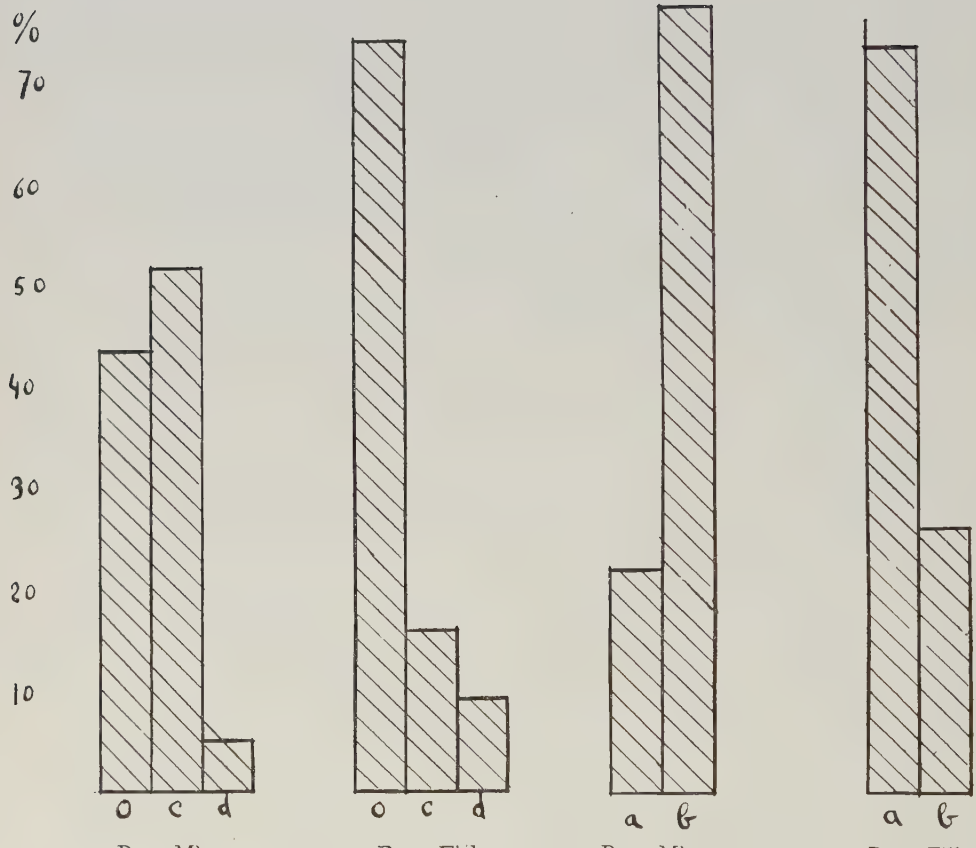
d = adénopathies sans caractères particuliers.

a = adénopathies histologiquement négatives (ou pas d'adénopathies vérifiées histologiquement).

b = adénopathies histologiquement positives.

ADÉNOPATHIE

o : aucune ADP
c : ADP cliniq. maligne
d : ADP sans caractère
a : pas d'ADP vérifie Histolog.
b : ADP envahie vérifie Histolog.



4° **Délai premier symptôme traitement**

Dès le premier coup d'œil, on est frappé par la similitude des délais de consultation dans les deux populations.

Si on ne considère que la 1re année, ces délais sont même inférieurs pour la population mère :

86 % consultant la première année, contre

78 % pour la population fille.

Les délais envisagés par trimestre n'apportent pas de changements.

Si on ne considère pas les cancers cutanés, le pourcentage des délais ne dépassant pas un an chez les survivants rattrape celui de la population origine :

83,9 % contre 89 %.

Alors, que penser de cette divergence entre le tableau que nous avons sous les yeux, les campagnes toujours renouvelées en faveur du diagnostic précoce et ce que nous avons dit plus haut au sujet de la précocité du traitement.

Nous ne croyons pas qu'il y ait divergence et nous nous expliquons.

1er symptôme ne veut pas dire diagnostic précoce, du moins pas toujours.

Que veut-on dire par diagnostic précoce ?

Quant est-il précoce ? quand tardif ?

Peut-on parler d'un diagnostic tardif chez un sujet venant montrer une croûte sur sa lèvre saignotant depuis deux ans, que la biopsie affirme maligne et que l'on classera stade 1 ?

Inversement, ce malade qui a tout un sinus piriforme infiltré que l'on classe stade 3 et qui n'est gêné que depuis 1 mois ; s'agit-il d'un diagnostic précoce ?

La preuve nous est donnée par cette similitude des délais de consultation entre malades décédés et malades vivants que le 1er symptôme peut ne pas être toujours à la base du diagnostic précoce.

Nous ne parlons pas évidemment de ces utérus qui saignent depuis de longs mois à chaque rapport, puis sans provocation et qui arrivent à un stade d'évolution où seul le palliatif est de mise.

Tableau N° 9

POPULATION MERE - S1 TRAITEMENT

Mois	Cas	%
≦ 1	129	11,611
≦ 3	301	27,042
≦ 6	274	24,662
≦ 9	108	9,720
≦ 12	120	10,801
≦ 15	14	1,260
≦ 18	32	2,880
≦ 21	6	0,540
≦ 24	53	5,310
≦ 27	3	0,270
≦ 30	7	0,900
≦ 33	3	0,270
≦ 36	23	2,070
> 36	38	3,420
	1.111	100

sans peaux	%
126	12,389
290	28,515
265	26,057
105	10,324
105	10,324
14	1,376
28	2,753
6	0,589
34	3,343
1	0,098
7	0,688
3	0,294
15	1,474
18	1,769
1.017	100

peaux seules	%
3	3,191
11	11,702
9	9,574
3	3,191
15	15,957
4	4,255
19	20,212
2	2,127
8	8,510
20	21,276
94	100

Mois	Cas	%
≦ 12	932	86,854
≦ 24	105	9,785
≦ 36	36	3,355
	1.073	100

Cas	%
891	89,189
82	7,207
26	2,602
999	100

Cas	%
41	55,405
23	31,081
10	13,513
74	100

Tableau N° 10

FILLE - S1 TRAITEMENT

Mois	Cas	%
≦ 1	53	13,802
≦ 3	78	20,312
≦ 6	56	14,583
≦ 9	38	9,895
≦ 12	53	13,802
≦ 15	9	2,343
≦ 18	12	3,125
≦ 21	3	0,781
≦ 24	28	7,291
≦ 27	1	0,260
≦ 30	6	1,562
≦ 36	18	4,687
> 36	28	7,291
	384	100

sans peaux	%
50	18,181
67	24,363
48	17,454
22	8,000
36	13,090
7	2,545
9	3,272
16	5,818
1	0,363
4	1,454
7	2,545
9	3,272
275	100

peaux seules	%
3	2,752
11	10,091
8	7,339
16	14,678
17	15,596
2	1,834
3	2,752
3	2,752
14	12,844
2	1,834
11	10,091
19	17,431
109	100

Mois	Cas	%
≦ 12	278	78,309
≦ 24	52	19,647
≦ 36	25	7,042
	355	100

sans peaux	%
223	83,833
32	12,030
11	4,135
266	100

peaux seules	%
55	61,111
22	24,444
13	14,444
90	100

Il est là évident que l'information permettrait un diagnostic plus précoce.

Mais l'estomac qui est déjà fixé quand il commence à se plaindre ? Le cavum qui a déjà colonisé ses ganglions avant de se manifester ?

Le diagnostic précoce, par conséquent, c'est un palliatif d'ignorant ; ignorants que nous sommes du cancer, de son étiologie, de sa pathogénie.

C'est une loi générale en pathologie qu'il vaut mieux combattre le mal le plus tôt possible ; cette loi est certainement vraie pour les processus malins ; d'autant plus vraie que la thérapeutique absolument pas spécifique qu'on y oppose n'est curative qu'au stade local de l'affection.

Donc, comme première explication de ce tableau qui nous choque, disons qu'il ne faut pas confondre 1er symptôme et diagnostic précoce.

2e explication possible ; celle-là touche au problème même de ce qu'on appelle cancer ; nous essaierons de l'évoquer plus loin.

Sans parler de localisations différentes, mais pour des organes toujours les mêmes, s'agit-il d'une affection univoque ?

Car dans chaque localisation bien déterminée, les aspects les plus divers se côtoient.

Rien n'est plus déroutant que la comparaison d'une tumeur mammaire traitée dans les plus brefs délais évoluant d'une seule tenue vers la mort avec une autre tumeur mammaire qui, après 5 ans d'évolution sans traitement, se laisse encore influencer par la thérapeutique.

Peut-on, sur ces cas aussi différents, dégager une loi générale ?

1er symptôme traitement délai court = bon pronostic.

1er symptôme traitement délai long = mauvais pronostic.

Il ne nous semble pas que cela soit possible ; les faits cliniques nous le confirment chaque jour.

Toutefois, il y a certaines tumeurs où cette règle a de la valeur, les cas où le 1er symptôme est prêt du début vrai de l'affection ; il permet alors un diagnostic précoce.

Un organe superficiel : peau, sein.

Un organe qui saigne volontiers : utérus.

Les tableaux du délai du sein aussi bien que de l'utérus montrent que dans la population fille les délais S1 traitement sont plus courts (tableaux 11 et 12).

Tableau N° 11

SI TRAITEMENT - SEIN

Mois	P. Mère Cas	P. Mère %	P. Fille Cas	P. Fille %
≦ 1	3	4,615	10	27,027
≦ 3	10	15,384	6	16,212
≦ 6	13	20,000	4	10,810
≦ 9	6	9,230	1	2,702
≦ 12	9	13,846	4	10,810
≦ 24	4	6,153	5	13,513
≦ 36	9	13,846	4	10,810
> 36	11	16,923	3	8,108
	65	100	37	100

Mois	Cas	%	Cas	%
≦ 12	41	63,076	25	67,567
≦ 24	4	6,153	5	13,513
≦ 36	9	13,846	4	10,810
> 36	11	18,923	3	8,108
	65	100	37	100

≦ 12	41	63,076	25	67,567
> 12	24	36,922	12	32,431

Tableau N° 12

SI TRAITEMENT - UTERUS

Mois	P. Mère Cas	P. Mère %	P. Fille Cas	P. Fille %
≦ 1	20	12,422	22	23,911
≦ 3	34	21,118	24	26,086
≦ 6	52	32,298	14	15,217
≦ 9	7	4,347	6	6,521
≦ 12	25	15,527	17	18,478
≦ 24	20	12,422	8	8,695
≦ 36	3	1,186	1	1,086
> 36	0	0	0	0
	161	100	92	100

	Cas	%	Cas	%
≦ 12	138	85,714	83	90,217
≦ 24	20	12,422	8	8,695
≦ 36	3	1,186	1	1,086
> 36	0	0	0	0
	161	100	92	100

≦ 12	138	85,714	83	90,217
> 12	23	14,286	9	9,782

— Pour le sein, voyons 1er symptôme, traitement inférieur à 1 mois :

27 % pour la population fille.
4 % dans la population mère.

— Pour l'utérus, le délai S1 traitement inférieur à 1 mois :

23 % de la population fille.
12 % de la population mère.

Maintenant, pour la plupart des tumeurs le 1er symptôme est très loin d'être le début vrai et c'est pourquoi actuellement tous les cancérologues s'attachent à cerner les états précancéreux, à définir le terrain cancéreux pour pallier à l'insuffisance des 1ers symptômes.

Il faut donc repenser la valeur du 1er symptôme.

On a déjà fait un progrès en demandant à la paraclinique (méthode des frottis par exemple) une précocité que bien souvent la clinique n'assurait pas, mais ce sont encore des méthodes longues et complexes.

On peut espérer qu'un jour une méthode plus précise nous permettra de dépister les tumeurs à des stades infracliniques ou de les traiter dans des délais tels qu'elles soient accessibles.

Malgré tout, quelle que soit la valeur d'une méthode de dépistage, quelle que soit la méthode d'investigation, aucun résultat solide et sûr ne pourra être obtenu tant qu'on ignorera le pourquoi et le comment du cancer.

Nous sommes persuadés que sous cette étiquette des affections multiples sont groupés, ayant une seule donnée commune, les désordres anatomo-pathologiques.

Le cancer, c'est un cadre qui sera démembré par approches successives, de même que la connaissance des virus a mis à leur juste place bon nombre d'affections, de la même façon on peut penser que le déterminisme, le mécanisme de cette anarchie tissulaire connus, chaque manifestation prendra une physionomie propre.

Cela ne veut pas dire que par là même la curabilité du cancer sera acquise ; mais au moins saura-t-on contre quoi lutter. On pourra penser une thérapeutique basée sur la patho-

— Les pourcentages de guérison et la valeur que l'on peut leur attribuer par le calcul de l'intervalle de confiance.

Tableau du nombre de cas et de pourcentages des diverses localisations par rapport à l'ensemble des cas, en séparant les malades venus en deuxième intention des autres.

Tableau du nombre de cas et du pourcentage des diverses localisations par rapport à l'ensemble des cas étudiés dans les deux populations origine, résiduelle.

Tableau N° 3

		Pop. Mère		Pop. Fille		
		Cas	%	Cas	%	
140	Lèvre	106	4,461	62	11,397	58,490
141	Langue	93	3,914	14	2,573	15,053
142	Glandes salivaires	8	0,336	5	0,919	62,500
143	Plancher bouche	38	1,599	6	1,102	15,789
144	Cavité buccale	59	2,483	5	0,919	8,474
145	Oropharynx	126	5,303	9	1,654	7,142
146	Nasopharynx	45	1,893	5	0,919	11,111
147	Hypopharynx	98	4,124	5	0,919	5,102
148	Pharynx non spécifié	5	0,210			
150	Œsophage	23	0,968	1	0,184	4,347
151	Estomac	33	1,338			
152	Intestin grêle	1	0,042			
153	Gros intestin	14	0,589	1	0,184	7,142
154	Rectum	61	2,567	4	0,735	6,557
155	Voies biliaires foie					
156	Foie	1	0,042			
157	Pancréas	3	0,126			
158	Péritoine					
159	Org. digest. non spéc.	6	0,252	1	0,184	16,666
160	Nez - cavités nasales	24	1,010	4	0,735	16,666
161	Larynx	160	6,734	26	4,779	15,625
162	Bronches	170	7,154	6	1,102	3,529
163	Poumon	7	0,294			
164	Médiastin	4	0,168			
165	Org. thoraciques					
170	Sein	256	10,774	52	9,558	19,921
171	Col utérus	340	14,309	119	21,875	34,411
172	Corps utérus	24	1,010	5	0,919	20,833
173	Autres parties utérus					
174	Utérus non spécifié	2	0,084			
175	Ovaire - trompe	23	0,968	2	0,367	8,695
176	Org. génitaux non spéc.	43	1,809	12	2,205	27,906
177	Prostate	13	0,547			
178	Testicule	7	0,294	4	0,735	57,142
179	Org. génitaux homme	9	0,378	4	0,735	44,444
180	Rein	13	0,547	2	0,367	15,384
181	Vessie	37	0,378	3	0,549	8,108
190 191	Peau	311	13,089	152	27,941	48,887
192	Œil	7	0,294	5	0,919	71,428
193	Cerveau	26	1,094	5	0,919	19,230
194	Glandes thyroïdes	23	0,968	6	1,102	26,086
195	Glandes endocrines	3	0,126	1	0,184	33,333
196	Os	22	0,925	1	0,184	4,545
197	Tissu conjonctif	16	0,673	3	0,549	18,750
198	Ganglions lymphatiques	32	1,346	4	0,735	12,500
199	Divers	15	0,631			
206	Syst. lymphatique	49	2,062	7	1,286	14,285
207	Syst. hématopoiétique	10	0,420	3	0,549	30,000
		2.374	100	544	100	

Tableau N° 3 *bis*

	1 Main			2 Main		
	Mère	Fille	%	Mère	Fille	%
140	74	51	68,918	32	12	37,500
141	80	12	15,000	13	2	15,384
142	4	3	75,000	4	2	50,000
143	32	5	15,625	6	1	16,666
144	43	5	11,628	7	0	0
145	115	9	7,826	11	0	0
146	38	5	13,157	7	0	0
147	86	3	3,488	12	2	16,666
148	4	0	0	1	0	0
150	20	1	5,000	3	0	0
151	21	1	4,761	12	0	0
152	1					
153	3	0	0	11	1	9,090
154	35	1	2,857	26	3	11,538
155						
156	1					
157	2			1		
158						
159	5	1	20,000	1		
160	18	3	16,666	6	1	16,666
161	113	20	17,699	47	6	12,766
162	128	1	0,781	42	5	11,905
163	6			1		
164	3			1		
165						
170	109	32	29,357	147	20	13,605
171	257	100	38,910	83	19	22,891
172	12	3	25,000	12	2	16,666
173						
174	0			2	0	0
175	5	0	0	18	2	11,111
176	36	11	30,555	7	1	14,285
177	4	0	0	9	0	0
178	0	0	0	7	4	57,143
179	9	4	44,444			
180	5	0	0	8	2	25,000
181	23	2	8,695	14	1	7,143
191	231	118	51,082	80	36	45,000
192	2	2	100,000	5	3	60,000
193	10	2	20,000	16	3	18,750
194	10	2	20,000	13	4	30,769
195	2	0	0	1	1	100,000
196	13			9	1	11,111
197	4	1	25,000	12	3	25,000
198	21	3	14,286	11	1	9,090
199	40	0		5	0	0
200	41	7	17,073	8	0	0
207	10	3	30,000			

Tableau N° 4

		Pop. Mère		Pop. Fille		%	Intervalle
		Cas	%	Cas	%	guérison	de confiance
140	Lèvre	106	4,461	62	11,397	58,490	49 % & 67 %
141	Langue	93	3,914	14	2,573	15,053	8 % & 24 %
142	Glandes salivaires .	8	0,336	5	0,919	62,500	24 % & 92 %
143	Plancher bouche ..	38	1,599	6	1,102	15,789	5 % & 32 %
144	Cavité buccale	59	2,483	5	0,919	8,474	3 % & 18 %
145	Oropharynx	126	5,303	9	1,654	7,142	3 % & 13 %
146	Nasopharynx	45	1,893	5	0,919	11,111	4 % & 22 %
147	Hypopharynx	98	4,124	5	0,919	5,102	2 % & 12 %
148	Pharynx non spéc.	5	0,210				
150	Œsophage	23	0,968	1	0,184	4,347	1/2 % & 21 %
151	Estomac	33	1,338				0 % & 10 %
152	Intestin grêle	1	0,042				
153	Gros intestin	14	0,589	1	0,184	7,142	1/2 % & 33 %
154	Rectum	61	2,567	4	0,735	6,557	2 % & 18 %
155	Voies biliair. - Foie						
156	Foie	1	0,042				
157	Pancréas	3	0,126				
158	Péritoine						
159	Org. dig. non spéc.	6	0,252	1	0,184	16,666	0 % & 64 %
160	Nez - cavités nas.	24	1,010	4	0,735	16,666	5 % & 38 %
161	Larynx	160	6,734	26	4,779	15,625	10,5 % & 23 %
162	Bronches	170	7,154	6	1,102	3,529	1/2 % & 8,5 %
163	Poumon	7	0,294				
164	Médiastin	4	0,168				
165	Org. thoraciques .						
170	Sein	256	10,774	52	9,558	19,921	15,5 % & 25,0 %
171	Col utérus	340	14,309	119	21,875	34,411	27 % & 40 %
172	Corps utérus	24	1,010	5	0,919	20,833	7 % & 42 %
173	Autres part. utérus						
174	Utérus non spécifié	2	0,084				
175	Ovaire - Trompe .	23	0,968	2	0,367	8,695	1,5 % & 28 %
176	Org. gén. non spéc.	43	1,809	12	2,205	27,906	15 % & 44,5 %
177	Prostate	13	0,547				
178	Testicule	7	0,294	4	0,735	57,142	18 % & 90 %
179	Org. gén. homme .	9	0,378	4	0,735	44,444	15 % à 79 %
180	Rein	13	0,547	2	0,367	15,384	2 % à 46 %
181	Vessie	37	0,378	3	0,549	8,108	2 % à 22 %
191	Peau	311	13,089	152	27,941	48,887	43 % à 55 %
192	Œil	7	0,294	5	0,919	71,428	28 % à 95 %
193	Cerveau	26	1,094	5	0,919	19,230	7 % à 42 %
194	Glandes thyroïdes .	23	0,968	6	1,102	26,086	10,5 % à 49 %
195	Glandes andocrines	3	0,126	1	0,184	33,333	
196	Os	22	0,925	1	0,184	4,545	0 % à 22 %
197	Tissu conjonctif ..	16	0,673	3	0,549	18,750	4 % à 45 %
198	Ganglions lymphat.	32	1,346	4	0,735	12,500	4 % à 28 %
199	Divers	15	0,631				
206	Syst. lympathique .	49	2,062	7	1,286	14,285	6 % à 27 %
207	Syst. hématopoiét..	10	0,420	3	0,549	30,000	7 % à 65 %
		2.374	100	544	100		

génie, alors qu'actuellement la thérapeutique est symptomatique. Il y a une tumeur, on l'enlève ou on l'irradie ou bien on fait les deux pour plus de sûreté et ceci quelle qu'elle soit.

Dans un avenir que nous espérons proche, il est très possible que persistent encore des affections incurables à côté d'autres parfaitement accessibles et que l'on sourit à l'idée que pendant longtemps on ait pu confondre sous le terme de cancer des affections tellement différentes.

Malgré tout, dans l'état actuel des choses, il faut améliorer le diagnostic précoce par une recherche attentive du 1er symptôme ou par tout autre moyen efficace, fût-il humoral, car la thérapeutique est efficace à condition d'être tôt opposée.

CONCLUSION

Nous avons étudié une population de 544 cancéreux vivants au delà de 5 ans sans aucune considération de localisations,

de degré d'évolution,
d'histologie.

Nous avons voulu savoir :

— de quelle population ils étaient les survivants ;

— quelles étaient les caractéristiques de ces survivants ;

— ce qui les différenciait de la population ne passant pas le délai de 5 ans.

Après avoir justifié le terme de survie, critiqué celui de guérison, il est rappelé que n'ont été retenues que les observations ayant une histologie positive d'une part et, d'autre part, que tout perdu de vue est classé dans les échecs.

I. — PREMIERE PARTIE

De quelle population ces 544 cancéreux sont-ils les survivants ?

2.374 observations ont été étudiées de 1955 à 1952 inclus pour obtenir au moins 500 survivants.

Une courbe exprimant les délais de survie montre que 61 % des décès ont eu lieu la 1re année, 24 % la 2e année, 4 % seulement les 4e et 5e années.

Il est remarquable de noter que ce pourcentage de 61 % se superpose de façon frappante avec les 59 % de stades 3 et 4 de la population à l'arrivée.

Du décompte des malades venant directement consulter pour la première fois de ceux ne venant qu'en deuxième intention, il ressort que ces derniers sont moins nombreux dans les survivants, leur mortalité est donc plus grande.

L'étude de la composition de cette population montre que le cancer de l'utérus représente 14 % de tous les cancers.

Le cancer cutané : 13 %.

Les cancers mammaires : 10 %.

Les cancers O.R.L. : 21,7 %,

le plus fréquent de ceux-ci étant le cancer du larynx : 5 %.

II. — DEUXIEME PARTIE

Quels sont les survivants ?

Etude de la population fille.

Elle représente 22,9 % des 2.374 sujets étudiés.

Ce pourcentage est très pessimiste car il est global, comportant les non traités, les traitements palliatifs, les 2e main et surtout tout stade mêlé.

Si l'on n'établissait un pourcentage de guérisons que sur les stades accessibles à la thérapeutique, c'est-à-dire les stades 1 et 2, on aurait 74,6 % de survie à 5 ans.

Ceci montre que le cancer n'est pas inaccessible à la thérapeutique quand celle-ci est opposée à des lésions peu évoluées.

La composition de cette population survivante est la suivante :

27,9 % avaient un cancer de la peau ;

cela fait 48 % de guérisons.

Il faut savoir que 68 % de ces sujets ont plus de 70 ans et que par conséquent la mortalité naturelle intervient largement.

21,8 % avaient un cancer de l'utérus ;
34 % de guérisons.

11 % avaient un cancer de la lèvre ;
58 % de guérisons.

9 % avaient un cancer du sein ;
20 % de guérisons.

Une étude statistique a été faite par le Directeur de l'Institut National de Statistique pour établir les intervalles de confiance de ces résultats.

Le groupement par spécialités de ces diverses localisations montre que :

— les tumeurs de l'appareil génital féminin sont les plus fréquentes et leurs résultats sont bons.

— les tumeurs des revêtements cutanés ont des résultats encore meilleurs.

Il faut retenir que les tumeurs génitales représentent :
64 % des tumeurs chez la femme.

Les tumeurs O.R.L. et pulmonaires :
61 % des tumeurs chez l'homme.

III. — TROISIEME PARTIE

Comparaison des deux populations : originelle,
survivante.

Il y a plus de femmes que d'hommes qui guérissent.

De l'étude du stade tumoral on retient que :

les stades 3 et 4 font 59 % de la population originelle,
16 % de la population survivante
(1 % des stades 4).

les stades 1 et 2 font 82 % de la population survivante.

Le délai séparant le 1er symptôme du traitement :

A l'analyse globale, il est peu différent dans les deux populations mais si l'on considère les tumeurs où le 1er symptôme se manifeste assez vite pour permettre un diagnostic précoce (utérus, peau, sein, en un mot les organes accessibles), le délai est inférieur chez les survivants.

En conclusion, on peut dire que le cancer se guérit actuellement dans une forte majorité des cas, à part quelques mauvaises localisations, à condition d'être traité tôt.

Les progrès sont lents car dus uniquement à l'éducation du public et des médecins, ce qui permet de traiter les tumeurs à des stades plus précoces.

Le problème ne sera résolu que lorsque sera connu l'étiologie et la pathogénie du cancer ; alors peut-être, le travail de Willis sur ces 500 nécropsies consécutives en matière de cancer passera dans l'historique.

OBSERVATIONS

7/52	191	Peau	M	Spino cellulaire.
16/52	191	Peau	M	Spino.
17/52	143	Plancher de bouche	M	Spino cellulaire.
49/52	171	Utérus	F	Baso cellulaire.
64/52	141	Langue	M	Spino cellulaire.
70/52	191	Peau	F	Spino cellulaire.
71/52	191	Peau	F	Baso cellulaire.
72/52	140	Lèvre	M	Spino cellulaire.
73/52	191	Peau	M	Baso cellulaire.
86/52	191	Peau	F	Spino cellulaire.
98/52	140	Lèvre	M	Spino.
111/52	170	Sein	F	Indifférencié.
117/52	141	Langue	M	Spino cellulaire.
121/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
125/52	191	Peau	M	Baso cellulaire.
126/52	191	Peau	M	Baso cellulaire.
131/52	191	Peau	F	Baso cellulaire.
135/52	191	Peau	F	Spino cellulaire.
141/52	171	Utérus	F	Epithélioma.
142/52	191	Peau	F	Névo carcinome.
152/52	170	Sein	F	Histologie positive.
156/52	161	Larynx	M	Spino cellulaire.
158/52	191	Peau	F	Baso cellulaire.
160/52	143	Plancher de bouche	M	Spino.
162/52	178	Testicule	M	Epithélioma.
169/52	191	Peau	F	Spino cellulaire.
170/52	170	Sein	F	Cylindrique.
196/52	171	Utérus	F	Spino.
199/52	170	Sein	F	Dysplasique.
208/52	140	Lèvre	M	Spino.
209/52	140	Lèvre	M	Spino.
217/52	175	Ovaire	F	Dysgerminome.
221/52	191	Peau	F	Baso.
226/52	191	Peau	M	Intermédiaire.
228/52	191	Peau	M	Intermédiaire.
232/52	140	Lèvre	M	Spino.
239/52	191	Peau	M	Spino.
244/52	171	Utérus	F	Spino.
247/52	181	Vessie	M	Frottis P 3.
254/52	171	Utérus	F	Baso.

255/52	161	Larynx	M	Spino.
257/52	191	Peau	F	Baso.
260/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
274/52	160	Nez	M	Baso.
275/52	191	Peau	M	Spino.
290/52	171	Utérus	F	Spino.
294/52	161	Langue	M	Spino.
296/52	171	Utérus	F	Baso.
303/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
305/52	192	Œil	M	Naevo carcinome.
317/52	191	Peau	F	Spino.
326/52	140	Lèvre	M	Spino.
338/52	191	Peau	F	Baso.
345/52	179	Verge	M	Spino
368/52	198	Gang. lymph.	M	Intermédiaire (1952) réticulose maligne (1954) cou.
371/52	141	Langue	F	Spino.
382/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
397/52	161	Larynx	M	Spino.
422/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
411/52	191	Peau	F	Spino cellulaire.
444/52	170	Sein	F	Atypique.
457/52	140	Lèvre	M	Spino.
470/52	171	Utérus	F	Spino.
472/52	191	Peau	M	Baso.
474/52	154	Rectum	F	Cylindrique
477/52	171	Utérus	F	Cylindrique.
481/52	161	Larynx	M	Histologie positive.
484/52	145	Oropharynx	M	Spino.
498/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
510/52	140	Lèvre	M	Spino.
519/52	171	Utérus	F	Spino.
534/52	141	Langue	F	Spino.
543/52	140	Lèvre	M	Spino.
550/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
553/52	171	Utérus	F	Spino.
555/52	191	Peau (oreille)	M	Spino.
575/52	193	E Sympathique	F	Sympathome.
579/52	171	Utérus	F	Cylindrique.
582/52	191	J (localisations multiples)	M	Baso.
586/52	161	A (cordes vocales)	M	Spino.
589/52	170	(sein)	F	EOA alvéolaire.
593/52	171	Utérus	F	Spino.
597/52	170	Sein	F	Cylindrique.
599/52	161	Larynx	M	Spino.
600/52	196	Os	F	Sarcome.
608/52	140	Lèvre	M	Spino.
613/52	176	B Vagin	F	Spino.
614/52	171	B Endocol utérin	F	Spino.
616/52	179	A Verge	M	Spino.
619/52	172	Corps de utérus	F	Cylindrique.
625/52	191	G Membres sup.	F	Spino.
633/52	191	A Face	M	Spino.
649/52	191	A Face	F	Spino.

659/52	171	A Utérus exocol	F	Indifférencié.
668/52	171	Utérus	F	Spino.
667/52	141	Langue	M	Epithélioma.
680/52	171	A Utérus	F	Intermédiaire.
683/52	141	Langue	M	Spino.
698/52	171	Utérus	F	Spino.
690/52	140	Lèvre	M	Spino.
698/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
705/52	170	Sein	F	Epithélioma dysplasique.
716/52	141	Langue	M	Spino.
717/52	140	Lèvre	M	Spino.
731/52	140	Lèvre	M	Intermédiaire.
737/52	171	Utérus	F	Spino.
737/52	140	Lèvre	M	Spino.
740/52	170	Sein	F	EOA dysplasique.
768/52	176	B Vagin	F	Intermédiaire.
779/52	191	Paupière	F	Baso.
782/52	141	Langue	M	Spino.
792/52	171	Utérus	F	Baso.
810/52	191	Peau	F	Epithélioma.
820/52	191	Cuir chevelu	M	Spino.
821/52	140	Lèvre	M	Spino.
825/52	140	Lèvre	M	Spino.
833/52	178	Testicule	M	Seminome.
835/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
837/52	176	Vulve	F	Spino.
843/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
849/52	191	Face	M	Baso.
857/52	171	Endocol	F	Baso.
865/52	191	Face	M	Baso.
870/52	170	Sein	F	EOA dysplasique.
883/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
807/52	191	Membres sup.	M	Spino.
35/52	171	Endocol	F	Spino.
204/52	195	Glande pinéale	M	Pinéalome.
378/52	145	Amygdale	M	Spino.
502/52	171	Utérus	F	Intermédiaire.
535/52	162	Poumon	M	Epithélioma.
741/52	171	Utérus	F	Spino.
783/52	191	Membres inf.	F	Baso.
9/53	144	Voile du palais	M	Spino.
24/53	171	Utérus	F	Indifférencié.
25/53	176	Vulve	F	Spino.
26/53	171	Endocol	F	Baso.
40/53	191	Membres supérieurs	M	Spino.
47/53	170	Sein	F	EOA dyspératosique.
53/53	171	Endocol	F	Intermédiaire.
57/53	170	Sein	F	EOA orthoplasique.
61/53	171	Utérus	F	Spino.
68/53	146	Naso-pharynx	M	Indifférencié.
73/53	191	Paupière supérieure	F	Spino.
75/53	171	Utérus	F	Intermédiaire.
94/53	170	Sein	F	Cylindrique.

153/53	170	Sein	F	EOA dysplasique.
102/53	170	Sein	F	Dysplasique.
124/53	191	Face	F	Spino.
125/53	141	Langue	M	Histologie positive.
126/53	171	Utérus	F	Spino.
132/53	161	Larynx	M	Spino.
140/53	171	Utérus (stade 4 vessie)	F	Spino.
154/53	191	Oreille	M	Intermédiaire.
157/53	197	Cou	F	Fibro sarcome.
163/53	170	Sein	F	EOA dysplasique.
164/53	191	Face	M	Spino.
185/53	140	Lèvre	M	Spino.
189/53	153	Colon sigmoïde	F	Epithélioma cylindrique.
193/53	171	Utérus	F	Intermédiaire.
201/53	161	Larynx	M	Spino.
204/53	191	Face	M	Baso.
209/53	191	Face	F	Intermédiaire.
210/53	191	Paupière supérieure	F	Intermédiaire.
218/53	147	Sinus piriforme	M	Histologie positive.
227/53	171	Utérus	F	Baso.
242/53	143	Plancher de bouche	M	Intermédiaire.
243/53	179	Verge	M	Spino.
249/53	176	Vagin	F	Baso.
254/53	171	Utérus	F	Spino.
259/53	191	Localisation multiple	F	Spino.
261/53	197	Tissus conjonctif	F	Angio sarcome.
263/53	176	Vagin	F	Spino.
290/53	142	Parotide	M	Histologie positive.
296/53	171	Utérus	F	Spino.
297/53	191	Tronc	M	Intermédiaire.
299/53	140	Lèvre	M	Spino.
303/53	161	Larynx	M	Spino.
304/53	191	Face	M	Spino.
319/53	191	Face	M	Baso.
324/53	179	Verge	M	Spino.
327/53	191	Face	M	Baso.
329/53	171	Endocol	F	Spino.
338/53	191	Face	M	Spino.
343/53	171	Utérus	F	Spino.
355/53	171	Utérus	F	Spino.
358/53	170	Sein	F	EOA.
360/53	181	Vessie	F	Paramalpighien.
362/53	171	Endocol	F	Epidermoïde peu différenc.
368/53	171	Utérus	F	Spino.
371/53	170	Sein	F	EOA dysplasique.
376/53	191	Paupière	M	Spino.
380/53	191	Cuir chevelu	F	Spino.
403/53	171	Utérus	F	Spino.
404/53	141	Langue	M	Spino.
426/53	171	Utérus	F	
428/53	171	Utérus	F	Baso.
430/53	194	Glande thyroïde	F	Epithélioma papillaire.
431/53	162	Poumon	M	Indifférencié et atypique.

432/53	171	Utérus	F	Spino.
433/53	206	Sys. lymp. (plus. groupes)	M	Réticulose maligne.
441/53	147	Sinus piriforme	M	Spino.
446/53	172	Corps utérin	F	EOA cylindrique.
486/53	171	Utérus	F	Baso.
490/53	191	Paupière	F	Baso.
491/53	154	Rectum	M	Cylindrique.
519/53	171	Utérus	F	Intermédiaire.
525/53	141	Langue	M	Spino.
540/53	207	Leucose lymphoïde	M	
543/53	171	Utérus	F	Intermédiaire.
550/53	140	Lèvre	M	Spino.
566/53	191	Face	M	Baso.
567/53	192	Œil	F	EOA malpighien.
576/53	191	Face	M	Baso.
581/53	171	Utérus	F	EOA cylindrique.
589/53	140	Lèvre	M	Spino.
590/53	171	Utérus	F	Spino.
617/53	191	Localisations multiples	M	Spino.
621/53	162	Poumon	M	Spino.
622/53	191	Peau	M	Baso.
644/53	191	Peau	F	Baso.
651/53	191	Face	M	Spino.
669/53	191	Paupière	M	Spino.
670/53	194	Glande thyroïde	F	EOA atypique.
673/53	170	Sein	F	EOA ortho et dysplasique.
675/53	171	Utérus	F	Intermédiaire.
682/53	171	Utérus	F	Spino.
687/53	191	Membres inférieurs	F	Spino.
249/53	176	Vulve	F	Baso.
311/53	176	Vagin	F	Spino.
455/53	144	Face intérieure joue	M	Baso.
464/53	191	Face	M	Baso.
545/53	140	Lèvre	M	Spino.
707/53	198	Région inguinale	F	Atypique.
716/53	191	Membres inférieurs	F	Spino.
751/53	191	Face	M	Spino.
753/53	178	Testicule	M	Seminome.
765/53	140	Lèvre	M	Spino.
769/53	170	Sein	F	EOA orthoplasique intra-canaliculaire.
773/53	171	Utérus	F	Intermédioire.
774/53	191	Localisations multiples	M	Spino.
778/53	191	Face	M	Spino.
781/53	206	Sys. lymp. (plus. groupes)	F	Hodgkin.
796/53	191	Face	M	Baso.
806/53	140	Lèvre	M	Spino.
809/53	154	Rectum	F	EOA cylindrique.
810/53	171	Utérus	F	Spino.
815/53	170	Sein	F	EOA alvéolaire.
817/53	171	Utérus	F	Spino.
825/53	191	Paupière	M	Baso.
860/53	191	Face	M	Spino.

862/53	171	Utérus	F	Spino.
863/53	171	Utérus	F	Spino.
881/53	191	Paupière	F	Intermédiaire.
885/53	171	Utérus	F	Baso.
897/53	170	Sein	F	EOA atypique.
908/53	191	Face	M	Mixte.
925/53	191	Face	M	Spino.
935/53	141	Langue	M	Epithélioma.
942/53	192	Œil	F	Réticulo sarcome.
23/53	142	Parotide	M	EOA canaliculaire.
42/53	161	Cordes vocales	F	Spino.
58/53	154	Rectum	M	Epithélioma cylindrique.
113/53	171	Utérus	F	Baso.
213/53	170	Sein	F	Histologie positive.
326/53	180	Rein	F	Hypernéphrome.
461/53	194	Glande thyroïde	M	EOA.
504/53	171	Utérus	F	Intermédiaire.
531/53	171	Utérus	F	Baso.
898/53	191	Membre inférieur	F	Naevo carcinome.
1/54	171	Utérus	F	Spino.
1/54	146	Naso pharynx	M	Spino.
11/54	191	Face	M	Spino.
31/54	140	Lèvre	M	Spino.
50/54	171	Utérus	F	Intermédiaire.
51/54	171	Endocol	F	Epidermoïde peu différenc.
63/54	192	Œil	F	?
71/54	170	Sein	F	EOA dysplasique.
75/54	191	Paupière	M	Baso.
86/54	191	Peau	F	Spino.
106/54	140	Lèvre	M	Spino.
122/54	171	Endocol	F	Spino.
132/54	193	N. Périphérique	M	Schwanome.
146/54	140	Lèvre	M	Spino.
148/54	140	Lèvre	M	Spino.
149/54	170	Sein	F	EOA dysplasique.
152/54	191	Paupière	F	Baso.
172/54	140	Lèvre	M	Spino.
186/54	144	Cavité buccale	M	EOA atypique.
194/54	140	Lèvre	F	Baso.
195/54	161	Larynx	M	Spino.
199/54	170	Sein	F	Histologie positive.
206/54	171	Endocol	F	Spino.
207/54	141	Langue	M	Spino.
209/54	140	Lèvre	M	Spino.
220/54	191	Cuir chevelu	F	Baso.
222/54	170	Sein	F	EOA.
237/54	171	Utérus	F	EOA indifférencié.
239/54	191	Face	F	Spino.
252/54	191	Oreille	M	Spino.
255/54	170	Sein	F	EOA acineux.
262/54	171	Utérus	F	Spino.
273/54	170	Sein	F	EOA dysplasique.

277/54	191	Oreille	F	Baso.
292/54	206	Système lymph. (cou)	M	Sarcome lymphoplastique.
294/54	191	Face	F	Spino.
295/54	191	Face	M	Baso.
301/54	140	Lèvre	M	Spino.
302/54	144	Cavité buccale	M	Spino.
307/54	191	Oreille	M	Intermédiaire.
314/54	171	Utérus	F	Spino.
315/54	191	Paupière	F	Baso.
316/54	191	Face	F	Spino.
355/54	170	Sein	F	EOA cylindrique.
373/54	171	Utérus	F	Spino.
385/54	161	Larynx	M	Spino.
401/54	191	Peau	M	Baso.
408/54	145	Oropharynx	M	Spino.
419/54	140	Lèvre	M	Spino.
448/54	171	Utérus	F	Intermédiaire.
458/54	171	Utérus	F	Spino.
478/54	179	Verge	M	P 5.
482/54	191	Face	M	Intermédiaire.
495/54	146	Nasopharynx	F	Cylindrique.
499/54	191	Oreille	M	Spino.
510/54	171	Utérus	F	Histologie positive.
522/54	191	Paupière	F	Baso.
525/54	140	Lèvre	M	Spino.
527/54	191	Localisations multiples	M	Spino.
535/54	170	Sein	F	EOA orthoplasique.
536/54	198	Gang. Lymph. (cou)	M	Indifférencié.
537/54	191	Paupière	M	Baso.
542/54	140	Lèvre	M	Spino.
550/54	170	Sein	F	Atypique.
551/54	191	Face	F	Baso.
553/54	171	Utérus	F	Intermédiaire.
569/54	191	Face	F	Spino.
570/54	191	Face	M	Spino.
571/54	170	Sein	F	Atypique.
583/54	145	Oropharynx	M	Indifférencié.
586/54	160	Sinus maxillaire	F	Baso.
605/54	170	Sein	F	?
616/54	191	Face	M	Baso.
618/54	170	Sein	F	Atypique.
622/54	140	Lèvre	M	Spino.
631/54	170	Sein	F	EOA atypique.
632/54	206	Gang. Lymph.	M	Hodgkin.
634/54	162	Poumon	M	Atypique.
646/54	140	Lèvre	M	Spino.
653/54	170	Sein	F	comédo-carcinome.
663/54	146	Naso pharynx	M	Indifférencié.
677/54	191	Face	F	Spino.
678/54	140	Lèvre	M	Spino.
681/54	140	Lèvre	M	Spino.
705/54	140	Lèvre	M	Spino.
715/54	191	Cuir chevelu	M	Baso.

735/54	170	Sein	F	EOA dyspasique.
771/54	191	Oreille	M	Epidermoïde peu différ.
772/54	191	Face	F	Spino.
774/54	191	Paupière	M	Baso.
783/54	191	Face	M	Baso.
786/54	171	Utérus	F	Spino.
788/54	160	Cavité nasale	M	Spino
798/54	154	Rectum	F	Baso.
812/54	191	Face	F	Spino
829/54	191	Face	M	Spino.
833/54	191	Oreille	M	Spino.
861/54	140	Lèvre	M	Spino.
867/54	191	Face	F	Spino.
887/54	191	Oreille	M	Baso.
901/54	171	Utérus	F	Spino.
906/54	191	Tronc	M	Baso
910/54	140	Lèvre	M	Spino
917/54	191	Oreille	M	Spino.
926/54	170	Sein	F	Cylindrique.
938/54	160	Fosse nasale	F	Baso.
955/54	171	Utérus	F	Epidermoïde peu différ.
962/54	171	Utérus	F	Intermédiaire.
967/54	140	Lèvre	M	?.
978/54	191	Cuir chevelu	M	Spino.
981/54	206	Gang. lymph. (cou)	M	Réticulolymphoblastose.
993/54	191	Membres inférieurs	M	Baso.
999/54	191	Face	F	Baso.
1003/54	191	Paupière	M	Spino.
1019/54	161	Larynx	M	Spino.
1034/54	144	Gencives	F	Spino.
1036/54	142	Gl. salivaires (parotide)	F	Tumeur mixte.
1038/54	140	Lèvre	M	Spino.
1046/54	141	Langue	M	Spino.
1047/54	191	Face	M	Spino.
284/54	191	Face	M	Spino.
234/54	147	Hypopharynx	M	Epidermoïde peu différ.
428/54	145	Oropharynx (amygdale)	M	Réticulose maligne.
407/54	170	Sein	F	EOA cylindrique.
434/54	155	Vésicule billiaire	F	EOA cylindrique.
624/54	193	Moëlle	M	Sans histologie inopérable
710/54	176	Vulve	F	Spino.
787/54	150	Œsophage tiers infér.	M	Baso.
768/54	191	Paupière	F	Baso.
934/54	171	Utérus	F	Epidermoïde peu différ.
1004/54	193	Encéphale	M	Histo. : Prof. PAILLAS hôpital Timone.

2/55	194	Glande thyroïde	F	Histologie positive.
4/55	171	Utérus	F	Spino.
43/55	170	Sein	F	Cylindrique.
52/55	161	Larynx	M	Spino.
53/55	176	Vagin	F	Intermédiaire.
56/55	191	Face	F	Spino.

81/55	191	Face	F	Baso.
85/55	142	Parotide	F	T. mixte.
103/55	147	Hypopharynx	M	Spino.
108/55	170	Sein	F	EOA canaliculaire
120/55	191	Face	M	Epidermoïde peu différ.
129/55	170	Sein	F	Cylindrique.
169/55	171	Endocol	F	Spino.
171/55	171	Utérus	F	Spino.
196/55	140	Lèvre	M	Spino.
198/55	171	Utérus	F	Intermédiaire.
208/55	172	Corps utérin	F	Cylindrique.
234/55	171	Utérus	F	Spino.
251/55	140	Lèvre	M	Spino.
253/55	145	Oropharynx	M	Spino.
277/55	191	Face	F	Spino.
282/55	171	Utérus	F	Spino.
298/55	191	Face	M	Baso.
301/55	191	Face	F	Naevo-carcinome.
304/55	191	Face	M	Cylindrome.
312/55	191	Peau	F	Cylindrome.
313/55	170	Sein	F	Glandulaire colloïde.
314/55	170	Sein	F	Canaliculaire atypique.
324/55	191	Face	F	Spino.
360/55	191	Face	F	Baso.
358/55	154	Rectum	F	Cylindrique.
333/54	164	T. médiastin	F	Réticulose maligne.
346/55	170	Sein	F	Cylindrique.
349/55	171	Utérus	F	Spino.
368/55	207	Syst. hématopoiètique	F	Leucose lymphoïde.
370/55	140	Lèvre	M	Spino.
380/55	178	Testicule	M	Seminome.
381/55	141	Langue	M	Spino.
394/55	191	Face	M	Baso.
404/55	145	Oropharynx	M	Spino.
417/55	170	Sein	F	EOA dysplasique.
421/55	143	Plancher bouche	M	Spino.
425/55	171	Utérus	F	Spino.
426/55	191	Face	F	Baso.
446/55	191	Face	F	Indifférencié.
372/55	170	Sein	F	EOA.
456/55	171	Utérus	F	Spino.
473/55	171	Utérus	F	Spino.
485/55	140	Lèvre	M	Spino.
501/55	143	Plancher bouche	M	Spino.
511/55	143	Plancher bouche	M	Spino.
527/55	170	Sein	F	R 4.
539/55	171	Utérus	F	Cylindrique.
574/55	170	Sein	F	R 5.
548/55	145	Oropharynx	M	Spino.
591/55	140	Lèvre	M	Spino.
606/55	206	Gang. lymphatique (cou)	F	Hodgkin.
608/55	170	Sein	F	Métastase pulmonaire.
612/55	191	Face	M	Baso.

617/55	161	Larynx	M	Spino.
619/55	191	Face	F	Intermédiaire.
620/55	170	Sein	F	Cylindrique.
620/55	171	Utérus	F	Cylindrique.
623/55	176	Vulve	F	Spino.
626/55	191	Localisations multiples	F	Spino.
629/55	191	Face	M	Spino.
640/55	161	Larynx	M	Spino.
649/55	142	Parotide	M	EOA glandulaire. Epidermoïde spino.
650/55	140	Lèvre	M	Spino.
670/55	171	Endocol	F	Intermédiaire.
675/55	170	Sein	F	EOA.
706/55	140	Lèvre	M	Spino.
713/55	140	Lèvre	M	Spino.
718/55	191	Face	M	Spino.
720/55	162	Poumon	M	Spino.
724/55	191	Face	M	Baso.
725/55	140	Lèvre	M	Spino.
734/55	161	Larynx	M	Spino.
735/55	172	Corps utérin	F	Cylindrique.
745/55	170	Sein	F	Histologie positive.
751/55	140	Lèvre	M	Spino.
752/55	191	Paupière	F	Cylindrome.
759/55	171	Utérus	F	Spino.
770/55	140	Lèvre	M	Spino.
771/55	191	Cuir chevelu	M	Spino.
772/55	140	Lèvre	M	Spino.
788/55	171	Utérus	F	Spino.
791/55	191	Tronc	F	Naevo-carcinome.
807/55	172	Corps utérin	F	Cylindrique.
808/55	140	Lèvre	M	Spino.
814/55	191	Face	F	Baso.
815/55	191	Paupière	F	Spino.
817/55	159	T. org. digestif	M	Mésothéliome.
823/55	170	Sein	F	EOA dysplasique.
842/55	140	Lèvre	M	Spino.
846/55	191	Membres supérieurs	M	Spino.
848/55	161	Larynx	M	Spino.
870/55	145	Oropharynx	M	Spino.
878/55	162	Poumon	M	Spino.
884/55	191	Face	M	Baso.
889/55	170	Sein	F	EOA dysplasique.
915/55	171	Endocol	F	Baso.
925/55	191	Face	M	Baso.
926/55	191	Face	F	Baso.
932/55	191	Face	M	Spino.
937/55	197	T. tissus conjonct. (tronc)	M	Fibrome récidivant du médiastin.
942/55	191	Paupière	F	Condylome.
947/55	191	Face	F	Intermédiaire.

954/55	143	Plancher bouche	M	Spino.
958/55	191	Face	F	Baso.
963/55	191	Oreille	M	Baso.
964/55	171	Utérus	F	Histologie positive.
974/55	161	Larynx	M	Spino.
978/55	198	Gang. lymphatique	F	Spino.
980/55	145	Oropharynx	M	Spino.
984/55	191	Paupière	F	Baso.
988/55	194	Glande thyroïde	M	EOA.
994/55	170	Sein	F	EOA dysplasique.
997/55	161	Larynx	M	Spino.
1001/55	140	Lèvre	M	Spino.
1007/55	171	Utérus	F	Intermédiaire.
1015/55	147	Hypopharynx	M	EOA.
1016/55	170	Sein	F	EOA alvéolaire.
1030/55	191	Face	M	Baso.
1042/55	171	Endocol	F	
1043/55	191	Face	F	Baso.
1045/55	191	Face	F	Baso.
33/55	180	Rein	F	EOA orthoplasique.
93/55	175	Ovaire	F	EOA cylindrique.
260/55	181	Vessie	M	Spino.
330/55	172	Corps utérin	F	Cylindrique.
357/55	162	Plèvre	M	Endothéliome.
375/55	194	Thyroïde	M	EOA trabéculaire.
523/55	192	Œil	M	EOA.
557/55	170	Sein	F	Cylindrique.
571/55	171	Utérus	F	Spino.
812/55	161	Larynx	M	EOA.
821/55	176	Vagin	M	Baso.
794/55	161	Larynx	M	EOA.
1058/55	171	Utérus	F	Cylindrique.
728/55	140	Lèvre	M	Spino.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate.

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.